

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA KELUARGA Ny. N.K  
DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI PUSKESMAS SIKUMANA  
KELURAHAN SIKUMANA KECAMATAN MAULafa  
KOTA KUPANG**



**MAGDARIANI CHYNTIA PUTRI**  
**PO.530320115073**

**KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**2018**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA KELUARGA Ny.N.K  
DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI PUSKESMAS SIKUMANA  
KELURAHAN SIKUMANA KECAMATAN MAULafa  
KOTA KUPANG**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk  
Mendapatkan Gelar Ahli Madya Keperawatan Pada Program Studi D-III  
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



**MAGDARIANI CHYNTIA PUTRI**  
**PO.530320115073**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
2018**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan karya Tulis Ilmiah oleh Magdariani Chyntia Putri NIM PO.530320115073 dengan judul  
**‘Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Keluarga Tn. A.n Dengan Stroke Non Hemoragik  
Di Puskesmas Sikumana Kecamatan Maulafa Kota Kupang ’** telah diperiksa dan disetujui  
untuk diujikan.

Kupang, 26 juni 2018

**Mengetahui**

**Pembimbing**



**Margaretha Tela.,S.Kep.,Ns.,MSc-PH**  
**NIP. 197707272000032002**

### LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Magdariani Chyntia Putri NIM PO 530320115073 dengan judul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pada keluarga Tn.A.N Dengan Stroke Non Hemoragik Di Wilayah Kerja Puskesmas Sikumana kecamatan Maulafa” telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 28 Juni 2018

Penguji,  
Penguji I : Rohana Mochsen..Skp..M.Kes  
NIP: 195704161980102001

Penguji II : Margaretha Telli, S.Kep..Ns..MSc-PH  
NIP: 197707272000032002

Tanda Tangan


1.   
2. 

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan  
  
Margaretha T.W.,SKp.,MHSc  
NIP: 195602171986032001

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan

  
Margaretha Telli, S.Kep..Ns..MSc-PH  
NIP: 197707272000032002

### PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Magdariani Chyntia Putri  
NIM : PO. 530320115073  
Program Studi : D-III Keperawatan  
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang


Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Studi Kasus yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 28 Juni 2018

Pembuat Pernyataan

  
Magdariani Chyntia Putri  
PO.530320115037

Mengetahui  
Pembimbing

  
Margaretha Telli, S.Kep.,Ns., MSc-PH  
NIP. 197707272000032002

### **Biodata Penulis**

Nama : Magdariani chyntia putri

NIM : PO.530320115073

TTL : Lewoleba, 16 Agustus 1997

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Kel. Naikoten II.

Riwayat Pendidikan :

1. Tamat Tk Kemala Bhayangkari Tahun 2003
2. Tamat SDK Santa Theresia Iarantuka II Tahun 2009
3. Tamat SMPK Mater Inviolata Tahun 2012
4. Tamat SMA Negeri II Kota Kupang Tahun 2015
5. Sejak Tahun 2015 Kuliah Di Politeknik Kesehatan  
Kemenkes Kupang Prodi D-III Keperawatan

### **Motto**

“ Saya tidak bisa merubah setiap arah angin yang datang, tetapi saya dapat menyesuaikan pelayaran saya untuk mencapai tujuan saya. Karena saya percaya setiap perjalanan sudah diatur oleh Tuhan

## ABSTRAK

**Magdariani chyntia putri.** Karya Tulis Ilmiah Asuhan keperawatan pasien dengan Stroke Non hemoragik di puskesmas sikumana.

**Latar belakang :** Stroke atau penyakit serebrovaskuler menunjukkan adanya beberapa kelainan otak baik secara fungsional maupun structural yang disebabkan oleh keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak (Doenges, 2000)

Stroke atau cedera serebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak. Stroke adalah suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke suatu bagian otak tiba-tiba terganggu, karena sebagian sel-sel otak mengalami kematian akibat gangguan aliran darah karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak. Kurangnya aliran darah didalam jaringan otak menyebabkan serangkaian reaksi biokimia yang dapat merusak atau mematikan sel-sel saraf otak . salah satu solusinya adalah dengan memberikan pelayanan keperawatan keluarga yang dapat dicapai dengan adanya pemeliharaan kesehatan keluarga melalui 5 fungsi pemenuhan pemeliharaan/perawatan kesehatan yaitu, keluarga mampu mengenal masalah kesehatan tiap anggota, mampu mengambil keputusan secara tepat dan cepat dalam mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga, mampu merawat anggota keluarga yang sakit dan mampu memelihara memodifikasi lingkungan rumah yang sehat dan mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

**Tujuan studi kasus :** Menggambarkan Asuhan Keperawatan keluarga yang diberikan dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga dengan stroke non hemoragik yang dimulai dari pengkajian keperawatan, menentukan diagnosa, dan menyusun intervensi keperawatan, menentukan diagnosa dan menyusun intervensi keperawatan yang tepat serta melakukan implementasi dan evaluasi keperawatan pada keluarga.

**Hasil :** setelah dilakukan keperawatan selama 4 kali kunjungan dengan hasil pengkajian yaitu keluarga belum mampu mengambil keputusan dengan baik. Dapat ditentukan 2 diagnosa keperawatan keluarga yaitu ketidakektifan pemeliharaan kesehatan dan kurang efektifnya pengelolaan kesehatan dalam keluarga, dari hasil intervensi menunjukkan adanya peningkatan kemampuan keluarga terkait dalam tugas kesehatannya, antara lain : 1). Kemampuan mengenal masalah kesehatan dalam kategori baik. 2). Mengambil keputusan dalam keluarga masih kurang baik. 3. Kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit dalam keadaan baik. 3). Mampu merawat anggota keluarga yang sakit seluruhnya dalam kategori baik.

**Kesimpulan :** pemberian Asuhan keperawatan Keluarga dengan Stroke Non Hemoragik sangat berpengaruh terhadap kemampuan keluarga dalam melakukan lima fungsi pemenuhan pemeliharaan/perawatan kesehatan.

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan bimbingannya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Studi Kasus ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Keluarga Tn. A. N Dengan Masalah Kesehatan STROKE NON HEMORAGIK Di Wilayah Kerja Puskesmas Sikumana Kecamatan Maulafa Kelurahan Sikumana Pada Tanggal 11-14 Juni 2018”**. Penulis menyadari bahwa selama penulisan Studi Kasus ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran, dan dukungan moril. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Ibu R.H.Kristina, SKM.,M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Ibu M. Margaretha U.M. Wedho., SKp., MHSc selaku ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan studi kasus ini
3. Margaretha Telli, S.Kep., Ns., MSc-PH selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian serta dengan segala totalitasnya dalam membimbing penulis sehingga Studi Kasus ini dapat terselesaikan dengan baik.
4. Ibu Rohana Mochsen, SKp., M.Kes dan Maria Hildegardis Meo Amd.kep selaku penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyelesaian Studi Kasus ini.
5. Dosen PA, Aben B. Y. H Romana,S.Kep.,Ns.,M.Kep yang telah membimbing saya dalam perkuliahan dari semester 1 hingga semester 6
6. Seluruh Dosen keperawatan Poltekes Kemenkes Kupang atas bimbingannya selama perkuliahan dan semua karyawan/I yang telah banyak membantu selama kuliah.



7. Ibu Dr E. Evalina Corebima, selaku Kepala Puskesmas Sikumana yang telah menerima dan memberikan ijin kepada penulis untuk melaksanakan Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Sikumana.
8. Ibu Hildegardis Meo Amd.Kep, selaku Pembimbing Klnik /CI dan staf Puskesmas Sikumana yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
9. Orang tua tercinta, bapak Agus Kuswanto dan mama Ellen Karnen yang telah memberikan cinta dan sayang untuk penulis, serta membesarkan, mendidik dan memberikan dukungan yang baik kepada penulis.
10. Kakak tersayang, Denny A. P. Putra yang dengan penuh cinta dan sayang memberikan dukungan doa, moril dan materi untuk penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Studi Kasus ini.
11. Sahabat-sahabat terbaik Emil Mukin, Puput Pa, Tanti Nalle, Resti Tembaru, Velsa Rohi, Jenifer Lay Lado, Ade Saragi, yang selalu memberi dukungan doa dan motivasi dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
12. Teman-teman seangkatan 2015 Tingkat III Reguler A dan Tingkat III Reguler B yang selalu memberikan saran, dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Studi Kasus ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu segala saran dan kritik sangat penulis harapkan dalam penyempurnaannya.

Kupang, 28 juni 2018

Penulis

## DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Halaman Sampul dalam dan prasyarat gelar	
Lembar Persetujuan .....	i
Lembar Pengesahan .....	ii
Pernyataan Keaslian Tulisan .....	iii
Biodata Penulis .....	v
Abstrak .....	v
Kata Pengantar .....	vi
Daftar isi .....	viii
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang Masalah .....	1
1.2 Tujuan Studi Kasus .....	4
1.3 Manfaat Studi Kasus .....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAK .....	6
2.1 Konsep Dasar Penyakit .....	6
2.2 Konsep Dasar Keluarga .....	14
2.3 Konsep Dasar Asuhan keperawatan keluarga .....	23
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	44
3.1 Hasil Studi Kasus .....	44
3.2 Pembahasan.....	60

3.3 Keterbatasan Studi Kasus.....	72
BAB 4 PENUTUP .....	73
4.1 Kesimpulan .....	73
4.2 Saran.....	74
DAFTAR PUSTAKA	
Lampiran	

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari tiap anggota keluarga (Duval & Logan, 1986).

Stroke atau penyakit serebrovaskuler menunjukkan adanya beberapa kelaianan otak baik secara fungsional maupun struktural yang disebabkan oleh keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak (Doenges, 2000). Stroke atau cedera serebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak (Smeltzer & Bare, 2001).

Stroke termasuk dalam keadaan darurat medis sehingga, pengobatan harus cepat diberikan guna meminimalkan kerusakan pada otak. Jika tidak ditangani dengan baik maka akan menimbulkan kelumpuhan, kesulitan berbicara dan menelan, hilangnya memori ingatan dan sulit berpikir bahkan dapat menyebabkan kematian.

Menurut WHO (World Health Organization) tahun 2012, kematian akibat stroke sebesar 51% di seluruh dunia disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Selain itu, diperkirakan sebesar 16% kematian stroke disebabkan tingginya kadar glukosa darah dalam tubuh. Tingginya kadar gula darah dalam tubuh secara patologis berperan dalam peningkatan konsentrasi glikoprotein, yang merupakan pencetus beberapa penyakit vaskuler. Kadar glukosa darah yang tinggi pada saat stroke akan memperbesar kemungkinan meluasnya area infark karena terbentuknya asam laktat akibat metabolisme glukosa secara anaerobik yang merusak jaringan otak (Rico dkk, 2008).

Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013, prevalensi penyakit stroke di Indonesia meningkat seiring bertambahnya umur. Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah usia 75 tahun keatas (43,1) dan terendah

pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu sebesar 0,2% prevalensi stroke berdasarkan jenis kelamin lebih banyak laki-laki (7,1%) dibandingkan dengan perempuan (6,8%). Berdasarkan tempat tinggal, prevalensi stroke di perkotaan lebih tinggi (8,2%) dibandingkan daerah pedesaan (5,7%).

Berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan atau gejala yang menyerupai stroke, prevalensi stroke di NTT adalah 7,1 per 1000 penduduk. Menurut kabupaten/kota prevalensi stroke berkisar antara 2,5% -21,4% dan kabupaten sumba barat mempunyai prevalensi lebih tinggi dibandingkan wilayah lainnya berdasarkan diagnosis dan gejala.

Seseorang menderita stroke karena memiliki perilaku yang dapat meningkatkan faktor risiko stroke. Gaya hidup yang tidak sehat seperti mengonsumsi makanan tinggi lemak dan tinggi kolesterol, kurang aktivitas fisik, dan kurang olahraga, meningkatkan risiko terkena penyakit stroke (Friedman, 2011)

Penyakit stroke dianggap sebagai penyakit monopoli orang tua dulu, stroke hanya terjadi pada usia tua mulai 60 tahun namun sekarang mulai usia 40 tahun seseorang sudah memiliki risiko stroke, meningkatnya penderita stroke usia muda lebih disebabkan pola hidup, terutama dari pola makan tinggi kolesterol. Berdasarkan berbagai pengamatan justru stroke di usia produktif sering terjadi akibat kesibukan kerja yang menyebabkan seseorang jarang berolahraga, kurang tidur, dan stress berat yang juga jadi faktor penyebab (Dourman, 2013).

Selain merawat yang sakit, keluarga juga mampu yaitu, “mengenal masalah kesehatan tiap anggota keluarga” dan “mampu mengambil keputusan secara tepat dan cepat dalam mengatasi masalah kesehatan tiap anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan” dan juga” mampu merawat anggota keluarga yang sakit.

Pelayanan keperawatan keluarga dapat dicapai dengan adanya pemeliharaan kesehatan keluarga melalui 5 fungsi pemenuhan pemeliharaan/perawatan kesehatan yaitu “Mengenal Masalah kesehatan tiap anggota seperti mengenal penyakit Stroke, pencegahan, perawatan dari

penyakit stroke serta pentingnya pengobatan bagi penderita stroke “ Mampu mengambil keputusan secara tepat dan cepat dalam mengatasi masalah kesehatan tiap anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan seperti turut merasakan masalah kesehatan yang dialami oleh penderita stroke ,selalu mengingatkan penderita stroke untuk berobat. “ Mampu merawat anggota keluarga yang sakit dimana adanya keluarga yang berperan sebagai Pengawas Minum Obat “ Selain merawat yang sakit, keluarga juga mampu “ memelihara dan memodifikasi lingkungan rumah yang sehat dimana untuk lingkungan penderita stroke perlu diperhatikan seperti ventilasi dan pencahayaan “ serta “ Keluarga mampu menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan seperti keluarga mengetahui fasilitas pelayanan kesehatan terdekat dan pergi ke fasilitas kesehatan untuk berobat. ”. Dimana untuk mencapai 5 fungsi pemenuhan pemeliharaan/perawatan kesehatan ini perlu dilakukan melalui Pemberian asuhan keperawatan keluarga.

Maka dari itu, penting bagi mahasiswa untuk memberikan Asuhan keperawatan keluarga dengan Stroke di wilayah kerja Puskesmas Sikumana Kelurahan Sikumana Kecamatan maulafa.

## **1.2 Tujuan penulisan**

Mengetahui gambaran asuhan keperawatan keluarga komprehensif pada keluarga dengan masalah kesehatan hipertensi dengan pendekatan proses keperawatan keluarga.

### **1.2.1. Tujuan Umum**

Mendeskripsikan Asuhan keperawatan keluarga dengan Stroke di puskesmas sikumana kelurahan sikumana kecaamatan Maulafa.

### **1.2.2. Tujuan Khusus**

1. Menggambarkan pengkajian keperawatan pada keluarga dengan Stroke di Puskesmas Sikumana Kelurahan Sikumana Kecamatan Maulafa.

2. Menggambarkan diagnosa keperawatan pada keluarga dengan Stroke di Puskesmas Sikumana Kelurahan Sikumana Kecamatan Maulafa,
3. Menggambarkan perencanaan keperawatan pada keluarga dengan Stroke di Puskesmas Sikumana Kelurahan Sikumana Kecamatan Maulafa,
4. Menggambarkan implementasi keperawatan pada keluarga dengan Stroke di Puskesmas Sikumana Kelurahan Sikumana Kecamatan Maulafa,
5. Menggambarkan evaluasi keperawatan pada keluarga dengan Stroke di Puskesmas Sikumana Kelurahan Sikumana Kecamatan Maulafa.

### **1.3 Manfaat penulisan**

#### **1.3.1 Manfaat bagi keluarga**

Diharapkan keluarga dapat mengetahui masalah kesehatan anggota keluarganya dan mampu mengatasi masalah kesehatan keluarga.

#### **1.3.2 Bagi Penulis**

Menambah wawasan serta memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga dengan masalah kesehatan stroke dan sebagai bahan acuan bagi penulis selanjutnya dalam mengembangkan penulisan lanjutan terhadap keluarga dengan masalah kesehatan Stroke.

#### **1.3.3 Bagi Institusi Pendidikan**

Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya di Program Studi D –III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang dalam bidang Keperawatan Keluarga.

#### **1.3.4 Bagi Institusi Puskesmas Sikumana**

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek

keperawatan keluarga yang tepat terkhususnya untuk keluarga dengan masalah kesehatan Stroke.

#### **1.3.5 Bagi pasien**

Agar dapat dijadikan sebagai pedoman untuk mengetahui lebih lanjut penyakit yang dialami.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 KONSEP PENYAKIT**

##### **2.1.1. Definisi**

Stroke atau penyakit serebrovaskuler menunjukkan adanya beberapa kelainan otak baik secara fungsional maupun structural yang disebabkan oleh keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak (Doenges, 2000).

Stroke atau cedera serebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak (Smeltzer & Bare, 2001).

Stroke adalah suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke suatu bagian otak tiba-tiba terganggu, karena sebagian sel-sel otak mengalami kematian akibat gangguan aliran darah karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak. Kurangnya aliran darah didalam jaringan otak menyebabkan serangkaian reaksi biokimia yang dapat merusak atau mematikan sel-sel saraf otak (Arya, 2011).

Stroke adalah sindroma klinis yang berkembang cepat akibat gangguan otak fokal maupun global dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian tanpa ada penyebab lain yang jelas selain kelainan vascular (WHO, 2006).

##### **2.1.2 Etiologi**

Penyebab stroke dapat dibagi menjadi tiga, yaitu :

###### **1. Trombosis serebri**

Aterosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama thrombosis serebral yang adalah penyebab paling umum dari stroke (Smeltzer, 2005). Thrombosis ditemukan pada 40% dari semua kasus stroke yang telah dibuktikan oleh ahli patologi. Biasanya ada kaitannya dengan

kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis. (Price, 2005).

## 2. Emboli serebri

Embolisme serebri termasuk urutan kedua dari berbagai penyebab utama stroke. Kebanyakan emboli serebri berasal dari suatu thrombus dalam jantung sehingga masalah yang dihadapi sesungguhnya merupakan perwujudan penyakit jantung.

## 3. Hemoragi

Hemoragi dapat terjadi diluar durameter (hemoragi ekstra dural atau epidural) di bawah durameter (hemoragi subdural), di ruang sub arachnoid (hemoragik subarachnoid atau dalam substansial otak (Price, 2005).

### 2.1.3 Klasifikasi

Sistem klasifikasi stroke, biasanya membagi stroke menjadi dua kategori berdasarkan penyebab terjadinya stroke, yaitu :

#### 1. Stroke iskemik

Stroke iskemik merupakan stroke yang terjadi akibat adanya bekuan atau sumbatan pada pembuluh darah otak yang dapat disebabkan oleh tumpukan thrombus pada pembuluh darah otak, sehingga aliran darah ke otak menjadi terhenti. Stroke iskemik merupakan sebagai kematian jaringan otak karena pasokan darah yang tidak kuat dan bukan disebabkan oleh perdarahan (Arya, 2011).

#### 2. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi, karena pecahnya pembuluh darah otak, sehingga menimbulkan perdarahan di otak dan merusaknya. Stroke hemoragik biasanya terjadi akibat kecelakaan yang mengalami benturan keras di kepala dan mengakibatkan pecahnya pembuluh darah di otak. Selain itu juga bisa terjadi karena tekanan darah yang terlalu tinggi. Pecahnya pembuluh darah ini

menyebabkan darah menggenangi jaringan otak di sekitar pembuluh darah yang menjadikan suplai darah terganggu, maka fungsi dari otak juga menurun (Arya, 2011).

#### **2.1.4 Patofisiologi**

Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen. Jika aliran darah ke setiap bagian otak terhambat karena thrombus dan embolus, maka mulai terjadi kekurangan oksigen ke jaringan otak. Kekurangan selama 1 menit dapat mengarah pada gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Selanjutnya kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama dapat menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron. Kekurangan oksigen pada awalnya mungkin akibat iskemia serebral (karena henti jantung atau hipotensi) atau hipoksia karena akibat dari proses anemia dan kesukaran untuk bernafas. Jika etiologi stroke adalah hemoragi maka faktor pencetus adalah hipertensi.

Pada stroke trombotik atau metabolik maka otak akan mengalami iskemia dan infark sulit ditentukan. Ada peluang dominan stroke akan meluas setelah serangan pertama sehingga dapat terjadi edema serebral dan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) dan kematian pada area yang luas. Prognosisnya tergantung pada daerah yang terkena dan luasnya saat terkena.

Gangguan pasokan aliran darah otak dapat terjadi dimana saja di dalam arteri-arteri yang membentuk sirkulasi Willis: arteri karotis interna dan sistem vertebrobasilar dan semua cabang-cabangnya.

Proses patologi yang mendasari mungkin salah satu dari berbagai proses yang terjadi di dalam pembuluh darah yang memperdarahi otak. Patologinya dapat berupa :

1. Keadaan penyakit pada pembuluh darah itu sendiri, seperti aterosklerosis dan trombosis, robeknya dinding pembuluh atau peradangan.

2. Berkurangnya perfusi akibat gangguan aliran darah, misalnya syok atau hiperviskositas darah.
3. Gangguan aliran darah akibat bekuan atau embolus infeksi yang berasal dari jantung atau pembuluh ekstrakranium .
4. Rupture vascular didalam jaringan otak atau ruang subaraknoid. (Price, 2005).

#### **2.1.5 Manifestasi Klinis**

Pada stroke non hemoragik gejala utamanya adalah timbulnya deficit neurologis secara mendadak atau subakut, di dahului gejala prodromal, terjadi pada waktu istirahat atau bangun pagi dan kesadaran biasanya tak menurun, kecuali bila embolus cukup besar. (Mansjoer, 2000).

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, jumlah darah kolateral (sekunder atau aksesori).

Gejala klinis adalah sebagai berikut:

1. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (hemiparesis) yang timbul mendadak
2. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemisensorik
3. Perubahan mendadak status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma)
4. Afasia (bicara tidak lancar, kurang ucapan, atau kesulitan memahami ucapan)
5. Disartia (bicara pelo atau cadel)
6. Gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler) atau diplopi
7. Ataksia (trunkal atau anggota badan); Vertigo, mual, dan muntah atau nyeri kepala)

### **2.1.6 Faktor-Faktor Penyebab**

Banyak kondisi yang dapat menyebabkan stroke, tetapi pada awalnya adalah dari pengerasan arteri atau yang disebut juga sebagai arteriosklerosis. Karena arteriosklerosis merupakan gaya hidup yang modern yang penuh stress, pola makan tinggi lemak, dan kurang berolahraga. Faktor risiko Stroke adalah :

#### **1. Faktor risiko tidak terkendali**

##### **a. Usia**

Semakin bertambah usia, semakin tinggi risikonya. Setelah berusia 55 tahun, risikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Dua pertiga dari semua serangan stroke terjadi pada orang yang berusia di atas 65 tahun, tetapi itu tidak berarti bahwa stroke hanya terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok umur.

##### **b. Jenis kelamin**

Pria lebih berisiko terkena stroke dari pada wanita, tetapi penelitian menyimpulkan bahwa justru lebih banyak wanita yang meninggal karena stroke. Risiko stroke pada pria 1,25 lebih tinggi dari pada wanita, tetapi serangan stroke pada pria lebih terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi. Dengan perkataan lain, walau lebih jarang terkena stroke, pada umumnya wanita terserang pada usia lebih tua, sehingga kemungkinan meninggal lebih besar.

##### **c. Keturunan sejarah stroke dalam keluarga**

Stroke terkait dengan keturunan. Faktor genetic yang sangat berperan antara lain adalah tekanan darah tinggi, penyakit jantung, diabetes, dan cacat pada bentuk pembuluh darah gaya hidup dan pola suatu keluarga juga dapat mendukung risiko stroke.

## 2. Faktor risiko terkendali

### a. Hipertensi

Hipertensi (tekanan darah tinggi) merupakan faktor risiko utama yang menyebabkan pengerasan dan penyumbatan arteri. Penderita hipertensi memiliki faktor risiko empat hingga enam kali lipat dibandingkan orang yang tanpa hipertensi dan sekitar 40 hingga 90 persen pasien stroke ternyata menderita hipertensi sebelum terkena stroke.

### b. Penyakit jantung

Setelah hipertensi, terutama penyakit yang disebut atrial fibrillation, yakni penyakit jantung dengan denyut jantung yang tidak teratur di bilik kiri atas. Denyut jantung di atrium kiri ini mencapai empat kali lebih cepat dibandingkan di bagian-bagian lain jantung. Ini menyebabkan aliran darah menjadi tidak teratur dan secara insidental terjadi pembentukan gumpalan darah. Gumpalan-gumpalan inilah yang kemudian dapat mencapai otak dan menyebabkan stroke.

### c. Diabetes

Penderita diabetes memiliki risiko tiga kali lipat terkena stroke dan mencapai tingkat tertinggi pada usia 50-60 tahun. Setelah itu, risiko tersebut akan menurun. Namun, ada faktor penyebab lain yang dapat memperbesar risiko stroke karena sekitar 40 persen penderita diabetes pada umumnya juga mengidap hipertensi.

### d. Obesitas

Pada obesitas kadar kolesterol tinggi terjadi gangguan pada pembuluh darah. Keadaan ini berkontribusi pada stroke.

### e. Kadar kolesterol darah

Penelitian menunjukkan bahwa makanan kaya lemak jenuh dan kolesterol seperti daging, telur, dan produk susu dapat meningkatkan kadar kolesterol dalam tubuh dan berpengaruh

pada risiko aterosklerosis dan penebalan pembuluh. Kadar kolesterol di bawah 200 mg/dl di anggap aman, sedangkan di atas 240 mg/dl sudah berbahaya dan menempatkan seseorang pada risiko terkena penyakit jantung dan stroke.

f. Cedera kepala dan leher

Cedera pada kepala atau cedera otak traumatic dapat menyebabkan pendarahan di dalam otak dan menyebabkan kerusakan yang sama seperti stroke hemoragik. Cedera pada leher, bila terkait dengan robeknya tulang punggung atau pembuluh karotid akibat peregangan atau pemutaran leher secara berlebihan atau adanya tekanan pada pembuluh merupakan penyebab stroke yang cukup berperan.

### **2.1.7 Komplikasi**

Menurut (Smeltzer & Bare, 2010) komplikasi stroke meliputi hipoksia, penurunan aliran darah serebral, dan embolisme serebral. Hipoksia serebral, Penurunan aliran darah, Embolisme serebral, dekubitus.

### **2.1.8 Pemeriksaan penunjang**

Pencitraan otak sangat penting untuk mengkonfirmasi diagnosis stroke non hemoragik. Non contrast computed tomography (CT) scanning adalah pemeriksaan yang paling umum digunakan untuk evaluasi pasien dengan stroke akut yang jelas. Selain itu, pemeriksaan ini juga berguna untuk menentukan distribusi anatomi dari stroke dan mengeliminasi kemungkinan adanya kelainan lain yang gejalanya mirip dengan stroke (hematoma, neoplasma, abses).

Teknik-teknik pencitraan berikut ini juga sering digunakan:

1. CT Angiografi
2. CT scan perfusion
3. Magnetic resonance imagin (MRI).

Fungsi lumbal terkadang diperlukan untuk menyingkirkan meningitis atau perdarahan subrachnoid ketika CT scan negatif tetapi kecurigaan klinis tetap menjadi acuan.

#### **2.1.9. Penatalaksanaan**

Penderita stroke non hemoragik atau stroke iskemik biasanya diberikan:

1. Anti agregasi platelet : aspirin, dipiridamol, cilostazol.
2. Trombolitik: alteplase recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA).

##### **Pada fase akut :**

Pasien yang koma pada saat masuk rumah sakit mempunyai prognosis buruk, sebaliknya pasien yang sadar penuh mempunyai hasil yang lebih baik. Fase akut biasanya berakhir 48 sampai 72 jam. Untuk merawat keadaan akut perlu diperhatikan faktor - faktor kritis sebagai berikut: Menstabilkan tanda - tanda vital; Mempertahankan saluran napas; Kendalikan tekanan darah sesuai dengan keadaan masing-masing individu, termasuk usaha untuk memperbaiki hipotensi maupun hipertensi; Deteksi dan memperbaiki aritmia jantung; Merawat Kandung kemih. Sedapat mungkin jangan memasang kateter tinggal: cara ini telah diganti dengan kateterisasi “cellar masuk” setiap 4 sampai 6 jam; Menempatkan posisi penderita dengan baik secepat mungkin; Pasien ditempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai tekanan vena sereral berkurang; Penderita harus dibalik setiap jam dan latihan gerakan pasif setiap 2 jam; Dalam beberapa hari dianjurkan untuk dilakukan gerakan pasif penuh sebanyak 50 kali perhari : tindakan ini perlu untuk mencegah tekanan pada daerah tertentu dan untuk mencegah kontraktur terutama pada bahu, siku, dan mata kaki).



## **2.2 KONSEP KELUARGA**

### **2.2.1. Pengertian Keluarga**

Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari tiap anggota keluarga. (Duval & Logan, 1986).

Keluarga adalah dua atau lebih dari individu yang tergabung karena adanya hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, dan di dalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan. (Bailon & Maglaya, 1989).

Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami-istri, atau suami-istri dan anaknya, atau ibu dan anaknya. (UU No.10 tahun 1992).

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga. (Friedman, 1998).

Dengan demikian keluarga adalah kumpulan dua atau lebih orang yang hidup bersama dengan adanya hubungan darah, perkawinan atau pengangkatan serta ketertarikan aturan dan emosional dan masing-masing mempunyai peran.

### **2.2.2. Karakteristik Keluarga**

1. Terdiri dari dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah perkawinan atau adopsi.
2. Anggota keluarga biasanya hidup bersama atau jika terpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain.
3. Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sosial : suami, istri, anak, kakak dan adik.

4. Mempunyai tujuan yaitu : menciptakan dan mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, psikologis, dan sosial anggota.

### **2.2.3. Struktur Keluarga**

1. Patrilineal: adalah keluarga yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.
2. Matrilineal: adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.
3. Matrilokal: adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.
4. Patrilokal: adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami istri.

### **2.2.4. Ciri-ciri Struktur Keluarga**

1. Terorganisir adalah : saling berhubungan, saling ketergantungan antara anggota keluarga.
2. Ada keterbatasan adalah : setiap anggota memiliki kebebasan, tetapi mereka juga mempunyai keterbatasan dalam menjalankan fungsi dan tugasnya masing-masing.
3. Ada perbedaan dan kekhususan adalah : setiap anggota keluarga mempunyai peranan dan fungsinya masing-masing.

### **2.2.5. Tipe-Tipe Keluarga**

#### **1. Tipe Keluarga Tradisional**

1. Keluarga inti (Nuclear family)

Adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.

2. Keluarga besar (Extended family)

Adalah keluarga inti, ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek, nenek, paman, bibi, saudara sepupu, dll).

3. Keluarga bentukan kembali (Dyadic family)

Adalah keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah cerai atau kehilangan pasangannya.

4. Orang tua tunggal (Single parent family)

Adalah keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua dengan anak-anak akibat perceraian atau ditingal pasangannya.

**2. Tipe Keluarga Non Tradisional**

1. The single adult living alone

Adalah orang dewasa yang tinggal sendiri tidak pernah menikah.

2. The unmarried teenage mother

Adalah ibu dengan anak tanpa perkawinan.

3. Keluarga usila (Niddle age / Aging couple)

Adalah suami sebagai pencari uang, istri di rumah atau keduanya bekerja atau tinggal di rumah, anak-anaknya sudah meninggalkan rumah karena sekolah atau perkawinan atau meniti karir.

4. Commune family

Adalah lebih satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah. Orang tua (ayah dan ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.

5. Homoseksual

Adalah dua individu yang sejenis hidup bersama dalam satu rumah tangga.

#### **2.2.6. Pemegang Kekuasaan Dalam Keluarga**

##### **1. Patriakal**

Yaitu yang dominan dan memegang kekuasaan dalam keluarga adalah di pihak ayah.

##### **2. Matriakal**

Yaitu yang dominan dan memegang kekuasaan dalam keluarga adalah di pihak ibu.

##### **3. Equalitarian**

Yaitu yang memegang kekuasaan dalam keluarga adalah ayah dan ibu.

#### **2.2.7. Dimensi Dasar Struktur Keluarga**

##### **1. Pola dan proses komunikasi :**

- a. Bersifat terbuka dan jujur
- b. Selalu menyelesaikan konflik keluarga.
- c. Berfikiran positif
- d. Tidak mengulang-ulang isu dan pendapat sendiri

##### **2. Struktur peran**

Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan dapat bersifat formal dan informal. Peranan dalam keluarga terdiri dari ayah, ibu, dan anak.

##### **3. Struktur kekuatan**

Kekuatan merupakan kemampuan dari individu untuk mengendalikan atau mempengaruhi untuk merubah perilaku orang lain ke arah positif.

##### **4. Nilai-nilai keluarga yaitu, :**

1. Nilai, merupakan suatu system, sikap dan kepercayaan yang secara sadar atau tidak mempersatukan anggota keluarga dalam suatu budaya.
2. Norma, adalah pola perilaku yang baik, menurut masyarakat berdasarkan sistem nilai dalam keluarga.

3. Budaya, adalah kumpulan dari perilaku yang dapat dipelajari, dibagi dan ditularkan dengan tujuan untuk menyelesaikan masalah.

#### **2.2.8. Konsep Keluarga Sebagai Sistem**

##### **1. Pengertian Keluarga Sebagai Sistem**

- a. Keluarga merupakan sistem sosial karena terdiri dari kumpulan dua orang atau lebih yang mempunyai peran sosial yang berbeda dengan ciri saling berhubungan dan ketergantungan antar individu
- b. Alasan keluarga disebut sebagai sistem adalah sebagai berikut :
  - 1) Keluarga mempunyai sub sistem : Anggota, fungsi, peran, aturan, budaya, dan lainnya yang dipelajari dan dipertahankan dalam kehidupan keluarga.
  - 2) Terdapat saling berhubungan dan ketergantungan antar subsistem.
  - 3) Merupakan unit terkecil dari masyarakat yang dapat mempengaruhi sub sistemnya.
- c. Keluarga mempunyai komponen-komponen system, yaitu :
  - 1) Masukan (input) terdiri dari anggota keluarga, struktur keluarga, fungsi keluarga, aturan, dan lain-lain.
  - 2) Proses merupakan proses yang terjadi dalam melaksanakan fungsi keluarga.
  - 3) Luaran (output) adalah hasil dari proses yang berbentuk perilaku keluarga.
  - 4) Umpan balik (feedback) sebagai pengontrol dalam masukan dan proses yang berasal dari perilaku keluarga.
- d. Keluarga sebagai system mempunyai karakteristik dasar yang dapat dikelompokkan sebagai berikut :

- 1) Keluarga sebagai sistem terbuka adalah suatu sistem yang mempunyai kesempatan dan mau menerima atau memperhatikan lingkungan (masyarakat) sekitarnya.
- 2) Keluarga sebagai sistem tertutup adalah suatu sistem yang kurang mempunyai kesempatan, kurang mau menerima atau memberi perhatian kepada lingkungan (masyarakat) sekitarnya.

## 2. Tahap Dan Tugas Perkembangan Keluarga

### 1) Tahap pasangan baru atau keluarga baru (beginning family)

Keluarga baru dimulai pada saat masing-masing individu yaitu suami dan istri membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga masing-masing dalam arti secara psikologis keluarga tersebut sudah memiliki keluarga baru. Dua orang yaitu suami dan istri yang membentuk keluarga baru tersebut perlu mempersiapkan kehidupannya yang baru karena keduanya membutuhkan penyesuaian peran dan fungsi sehari-hari. Masing-masing pasangan menghadapi perpisahan dengan keluarga orang tuanya dan mulai membina hubungan baru dengan keluarga dan kelompok sosial pasangan masing-masing. Hal lain yang perlu diputuskan adalah, kapan waktu yang tepat mempunyai anak dan jumlah anak yang diharapkan. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah :

- a. Membina hubungan intim dan kepuasan bersama
- b. Menetapkan tujuan bersama
- c. Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan kelompok sosial.
- d. Merencanakan anak-KB.
- e. Menyesuaikan diri dengan kehamilan dan mempersiapkan diri untuk menjadi orang tua.

Sedangkan menurut Carter dan McGoldrick (1988), Duval dan Miler (1985) tugas perkembangan keluarga meliputi :

- a. Membangun perkawinan yang saling memuaskan
- b. Menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis.
- c. Keluarga berencana (keputusan tentang kedudukan sebagai orang tua).

2) Tahap keluarga kelahiran anak pertama (Child bearing family)

Keluarga yang menantikan kelahiran dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan (3,2 tahun). Kehamilan dan kelahiran bayi perlu dipersiapkan oleh pasangan suami istri melalui beberapa tugas perkembangan yang penting.

3) Tahap keluarga dengan anak pra sekolah (families with preschool)

Tahap ini dimulai saat kelahiran anak berusia 5 tahun. Pada tahap ini orang tua beradaptasi terhadap kebutuhan-kebutuhan dan minat dari anak pra sekolah dalam meningkatkan pertumbuhannya. Kehidupan keluarga pada tahap ini sangat sibuk dan anak sangat tergantung pada orang tua. Orang tua mempunyai peran untuk menstimulasi perkembangan individual anak khususnya kemandirian anak agar tugas perkembangan pada fase ini tercapai.

4) Tahap keluarga dengan anak usia sekolah (families with school children)

Tahap ini dimulai pada saat anak tertua memasuki sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Pada fase ini umumnya keluarga mencapai jumlah anggota keluarga maksimal, sehingga keluarga sangat sibuk. Selain aktivitas disekolah, masing-masing anak memiliki aktivitas dan minat sendiri. Untuk itu, keluarga perlu bekerja sama untuk mencapai tugas perkembangan.

5) Tahap keluarga dengan anak remaja (families with teenagers)

Tahap ini dimulai pada saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir sampai pada usia 19-20 tahun, pada saat anak meninggalkan rumah orangtuanya. Tujuannya adalah melepas anak remaja dan memberi tanggung jawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi lebih dewasa. Tahap ini merupakan tahap yang paling sulit, karena orangtua melepas otoritas dan membimbing anak untuk bertanggung jawab. Anak harus mempunyai otoritas sendiri yang berkaitan dengan peran dan fungsinya.

6) Tahap keluarga dengan anak dewasa atau pelepasan (launching center families).

Tahap ini dimulai pada saat anak terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini tergantung jumlah anak dalam keluarga atau jika anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua. Tujuan utama pada tahap ini adalah mengorganisasi kembali keluarga untuk tetap berperan dalam melepas anak untuk hidup sendiri. Keluarga mempersiapkan anaknya yang tertua untuk membentuk keluarga sendiri dan tetap membantu anak terakhir untuk lebih mandiri.

7) Tahap keluarga usia pertengahan (middle age families)

Tahap ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Pada beberapa pasangan pada fase ini dirasakan sulit karena masalah lanjut usia. Pada tahap ini semua anak meninggalkan rumah, maka pasangan berfokus untuk mempertahankan kesehatan dengan berbagai aktivitas. Pola hidup sehat, diet seimbang, olahraga rutin, menikmati hidup dan mengisi waktu dengan pekerjaan. Hubungan antar pasangan perlu semakin diertakan dengan memperhatikan ketergantungan



dan kemandirian masing-masing pasangan. Tugas perkembangan keluarga :

- 1) Mempertahankan kesehatan
- 2) Mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam arti mengolah minat sosial dan waktu santai
- 3) Memulihkan hubungan antara generasi muda tua
- 4) Keakraban dengan pasangan.
- 5) Memelihara hubungan/ kontak dengan anak dan keluarga.
- 6) Persiapan masa tua atau pension dan meningkatkan keakraban pasangan.

Fungsi Perawat : Melaksanakan perawatan dan konsultasi yang terkait dengan upaya peningkatan kesehatan seperti : kebutuhan istirahat yang cukup, aktivitas ringan sesuai kemampuan, nutrisi yang baik, berat badan yang sesuai dan lain sebagainya.

#### 8) Tahap keluarga lanjut usia

Tahap terakhir perkembangan keluarga ini adalah dimulai pada saat salah satu pasangan pension berlanjut salah satu pasangan meninggal sampai keduanya meninggal. Proses lanjut usia dan pension merupakan realita yang tidak dapat dihindari karena berbagai proses stressor dan kehilangan yang harus dialami keluarga. Stressor tersebut adalah berkurangnya pendapatan, kehilangan berbagai hubungan sosial, kehilangan pekerjaan, dan menurunnya fungsi kesehatan. Hasil riset Day and Day (1993), wanita yang tinggal dengan pasangan-pasangannya memperlihatkan adaptasi yang lebih positif dalam memasuki masa tuannya dibandingkan wanita yang tinggal dengan teman-teman sebayanya.

### 3. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman, 1998 adalah sebagai berikut :

1. Fungsi afektif (the affective function) adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.
2. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi (socialization and social placement function) adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
3. Fungsi reproduksi (the reproductive function) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga..
4. Fungsi ekonomi (the economic function) yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
5. Fungsi keperawatan/pemeliharaan kesehatan (the health care function) yaitu mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

### **2.3. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN STROKE**

Proses keperawatan keluarga adalah metode ilmiah yang digunakan secara sistematis untuk mengkaji dan menentukan masalah kesehatan dan keperawatan keluarga, merencanakan asuhan keperawatan dan melaksanakan intervensi keperawatan terhadap keluarga sesuai dengan rencana yang telah disusun dan mengevaluasi mutu yang telah dilaksanakan terhadap keluarga (Effendy, 1998).

#### **1. Pengkajian keluarga**

Friedman (1998) membagi proses pengkajian keperawatan keluarga ke dalam tahap-tahap meliputi identifikasi data, tahap dan riwayat

perkembangan, data lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga dan coping keluarga.

#### 1) Data umum keluarga

##### A. Mengidentifikasi Data

Data-data dasar yang digunakan oleh perawat untuk mengukur keadaan pasien dengan memakai norma kesehatan keluarga maupun sosial yang merupakan sistem integrasi dan kesanggupan untuk mengatasinya (Friedman, 1998). Pengumpulan data pada keluarga dengan stroke difokuskan pada komponen-komponen yang berkaitan dengan stroke

##### a) Identitas keluarga

Identitas keluarga membantu mengidentifikasi faktor keturunan terhadap penyakit tertentu. Price (1995), menyatakan bahwa determinan genetic biasanya memegang peranan penting pada mayoritas penderita stroke. Pengaruh ekonomi pada stroke jelas terlihat akibat biaya pengobatan dan hilangnya pendapatan disamping komplikasi. Jenis pekerjaan penderita stroke sewaktu dulu sangat mempengaruhi gaya hidup yang dapat menimbulkan stroke (Noer, 1996).

##### b) Latar belakang atau kebiasaan keluarga

##### a. Kebiasaan makan

Pola makan keluarga telah bergeser dari pola makan tradisional yang mengandung banyak karbohidrat dan serat dari sayuran ke pola makan dengan komposisi makan yang terlalu berlemak. Pola makan inilah yang beresiko terjadinya penyakit stroke (Noer, 1996).

##### b. Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan

Pemanfaatan fasilitas kesehatan merupakan faktor penting dalam pengelolaan pasien dengan stroke. Effendy (1998), menyatakan bahwa fasilitas kesehatan yang terjangkau memberikan pengaruh yang besar terhadap perawatan dan

pengobatan pada keluarga yang anggota keluarganya menderita stroke. Bila keluarga mau memanfaatkan fasilitas kesehatan, maka dengan rajin mereka akan melakukan kontrol dan memeriksakan dirinya secara teratur apabila ada keluhan lemas-lemas ke tempat pelayanan kesehatan terdekat. Pada keluarga yang kurang mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan, maka keluarga hanya memeriksa kesehatannya apabila sakit saja, termasuk ketika merasakan adanya gejala-gejala yang terkait dengan stroke.

c) Status Sosial Ekonomi

a. Pendidikan

Pendidikan keluarga akan mempengaruhi keluarga dalam memberikan pengelolaan anggota keluarga yang menderita stroke . Pendidikan keluarga yang rendah adalah hambatan paling besar yang dihadapi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kesehatan keluarga termasuk keluarga dengan masalah stroke (Effendy, 1998).

b. Pekerjaan dan Penghasilan

Penghasilan yang tidak seimbang mempengaruhi keluarga dalam melakukan dan pengobatan pada anggota yang menderita stroke. Salah satu penyebab ketidakmampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan dan perawatan adalah tidak seimbangnya sumber-sumber yang ada dalam keluarga, misalnya keuangan (Effendy, 1998).

c. Aktivitas

Penderita hipertensi yang rutin memeriksakan dirinya ke pelayanan kesehatan dan rajin minum obatnya secara teratur akan meminimalkan resiko terjadinya stroke. Oleh karena itu aktifitas yang berlebihan, termasuk olahraga yang berat dapat mengakibatkan stroke.

## 2) Tingkat perkembangan dan riwayat keluarga

Riwayat keluarga dimulai dari konsepsi, kehamilan, kelahiran, sampai saat ini termasuk dalam riwayat perkembangan dan kejadian-kejadian dan pengalaman-pengalaman kesehatan yang unik yang berkaitan dengan kesehatan yang terjadi dalam kehidupan keluarga dapat memicu tingkat perkembangan seseorang (Friedman, 1998). Kondisi ini dapat mempengaruhi penyakit yang sedang diderita oleh salah satu anggota keluarga.

## 3) Data Lingkungan

### 1. Karakteristik rumah dan lingkungan

Lingkungan rumah yang lembab, sinar matahari yang kurang dapat menyebabkan keadaan kurang sehat. Keadaan rumah meliputi ventilasi, penerangan, kebersihan, luas rumah dibandingkan jumlah anggota keluarga akan mempengaruhi terjadinya penyebaran penyakit. Adanya sanitasi lingkungan yang baik meminimalkan terjadinya penyebaran penyakit terhadap anggota keluarga yang lain (Effendy, 1998).

### 2. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Hubungan baik, hubungan timbal balik yang saling menguntungkan antar warga sekitar dapat mempengaruhi kehidupan keluarga dan peran anggota keluarga dalam persepsi kesehatan anggota keluarga (Effendy, 1998).

### 3. Pola komunikasi

Interaksi antar anggota keluarga yang positif akan menimbulkan saling pengertian satu sama lain dalam menumbuhkan keharmonisan dalam keluarga (Effendy, 1998).

### 4. Struktur kekuasaan

Pada masyarakat Indonesia kebanyakan pemegang kekuasaan yang lebih dominan adalah partial yaitu pemegang kekuasaan yang tertinggi di pihak ayah.

## 5. Struktur peran

Friedman (1998), menyatakan bahwa peran atau status seseorang dalam keluarga dan masyarakat mempengaruhi gaya hidupnya. Peran dalam keluarga terbagi dalam peran sebagai suami, ayah, ibu, anak, kakek, adik, cucu dan lain-lain.

## 6. Nilai-nilai Dalam Keluarga

Kebiasaan dan nilai-nilai yang berlaku dalam keluarga adalah yang bertentangan dengan masalah Stroke seperti halnya pergi ke dukun dan bukan pada petugas kesehatan (Effendy, 1998).

## 4) Fungsi keluarga

### a. Fungsi afektif

Bagaimana keluarga merasakan hal-hal yang dibutuhkan oleh individu lain dalam keluarga tersebut. Keluarga yang kurang memperhatikan keluarga yang menderita Stroke akan menimbulkan komplikasi lebih lanjut (Noer, 1996)

### b. Fungsi Sosialisasi

Keluarga yang memberikan kebebasan kepada anggota keluarga yang menderita Stroke untuk berinteraksi dengan lingkungan akan mengurangi stress keluarga. Biasanya penderita Stroke akan kehilangan semangat oleh karena merasa jenuh dengan pengobatan yang berlaku seumur hidup.

### c. Fungsi Perawatan Kesehatan

Pengetahuan keluarga tentang penyakit dan penanganan masalah Stroke:

#### 1. Mengenal Masalah Kesehatan keluarga

Ketidaksanggupan keluarga dalam mengenal masalah pada Strokes ialah satu faktor penyebabnya adalah karena kurang pengetahuan tentang stroke (Effendy, 1998). Apabila keluarga tidak mampu mengenali masalah stroke, penyebab penyakit tersebut akan mengakibatkan komplikasi.

2. Mengambil keputusan bagi anggota keluarga yang sakit

Ketidaksanggupan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat dalam melakukan tindakan disebabkan karena tidak memahami tentang sifat, berat, dan luasnya masalah yang dihadapi dan masalah tidak begitu menonjol. Penyakit stroke yang tanpa penanganan akan mengakibatkan komplikasi.

3. Merawat anggota keluarga yang sakit

Ketidakmampuan ini disebabkan karena tidak mengetahui keadaan penyakit, misalnya keluarga tidak dapat mengetahui tentang pengertian, tanda dan gejala, penyebab dan pengelolaan pada stroke (Effendy, 1998).

4. Ketidaksanggupan keluarga dalam memelihara lingkungan yang dapat berpengaruh terhadap kesehatan.

Ketidakmampuan ini disebabkan karena sumber-sumber dalam keluarga tidak mencukupi, diantaranya adalah biaya (Effendy, 1998).

5. Ketidakmampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas kesehatan.

Hal ini sangat penting sekali untuk keluarga yang mempunyai masalah stroke. Agar penderita stroke dapat memeriksakan kesehatannya secara rutin dan sebagai tempat jika ada keluhan (Effendy, 1998).

Keluarga juga berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan kesehatan yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Kesanggupan keluarga dalam melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan keluarga. Adapun tugas kesehatan keluarga (Friedman, 1998) adalah mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, memberi perawatan pada

anggota keluarga yang sakit, mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat dan mempertahankan hubungan dengan menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat.

#### 5) Koping keluarga

Apabila terdapat stressor yang muncul dalam anggota keluarga, sedangkan koping keluarga tidak efektif, maka ini akan menjadidi stress pada anggota keluarga yang menderita stroke. Karena salah satu cara mengatasi kekambuhan yaitu dengan menjaga diit yang teratur dan mengurangi stress.

### 2. Diagnosa keperawatan

Untuk perumusan masalah keperawatan keluarga berpedoman pada *Modul Panduan Dokumentasi Askep Komunitas (Individu, Keluarga Kelompok/Komunitas) Dengan Pendekatan NANDA, ICPN, NOC, NIC (PPNI, Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia 2015)*. Diagnosa keperawatan yang dapat terjadi pada keluarga dengan penderita Stroke yaitu:

Kode	Rumusan diagnosa keperawatan
00074	Kurang efektifnya koping keluarga
00078	Kurang efektifnya pengelolaan kesehatan dalam keluarga
00062	Resiko ketegangan peran pelaku rawat (care giver)



### 3. Perencanaan

Perencanaan keperawatan keluarga pasien Stroke dengan menggunakan *Modul Panduan Dokumentasi Askep Komunitas (Individu, Keluarga Kelompok/Komunitas) Dengan Pendekatan NANDA, ICPN, NOC, NIC (PPNI, Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia 2015).*

Data	Diagnosis keperawatan		NOC		Kode
	Kode	Diagnosis	Kode	Hasil	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dukungan yang diberikan keluarga tidak menunjukkan hasil yang memuaskan</li> <li>Klien mengeluh tentang dukungan yang diberikan keluarga</li> <li>Komunikasi klien dan keluarga terbatas</li> <li>Dukungan yang diberikan keluarga tidak sesuai dengan kemampuan keluarga</li> <li>Dukungan yang diberikan keluarga tidak sesuai dengan otonomi klien</li> <li>Keluarga mengemukakan kurang mengetahui kalau bantuan yang diberikan tidak efektif</li> <li>Keluarga mengatakan menjadi terbebani oleh kebutuhan klien</li> <li>Keluarga menarik diri dari klien</li> <li>Kelelahan keluarga akibat lamanya klien sakit</li> <li>Perubahan peran keluarga</li> <li>Krisis situasioal dalam keluarga</li> <li>Kurangnya pemahaman keluarga terhadap informasi terkait kebutuhan kesehatan klien</li> <li>Keluarga mendapat informasi yang salah</li> </ul>	00074	Kurang efektifnya koping keluarga		Setelah dilakukan intervensi keperawatan, keluarga mampu mengenal masalah:	
			1862	Pengelolaan Stres	5606
			1863	Pengelolaan Stroke	5604
			1864	Pencegahan Stroke	
			1813	Regimen Pengobatan	
			1606	Keluarga mampu memutuskan untuk meningkatkan atau memperbaiki kesehatan: Berpartisipasi dalam memutuskan perawatan kesehatan	5250 5310
			2600	Keluarga mampu merawat: Koping keluarga	5230
			2602	Fungsi keluarga	5240
			2606	Status kesehatan keluarga	6160
			2601	Suasana lingkungan keluarga	
			0902	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan: Komunikasi	4920
			0906	Pengambilan keputusan	5020
			0907	Proses informasi	
			1806	Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan: Pengetahuan tentang	7910

			1603	sumber-sumber kesehatan	8100
			2605	Perilaku mencari pelayanan kesehatan	
	00078	Kurang efektifnya		Partsipasi keluarga dalam perawatan keluarga	
				Setelah dilakukan intervensi	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adanya konflik keluarga</li> <li>• Pola pemeliharaan keluarga tidak adekuat</li> <li>• Kurangnya pengetahuan terkait pengobatan</li> <li>• Kurangnya dukungan sosial</li> <li>• Persepsi keluarga terhadap keseriusan kondisi klien</li> <li>• Persepsi keluarga terhadap hambatan pengobatan</li> <li>• Persepsi keluarga terhadap manfaat pengobatan</li> <li>• Persepsi keluarga tentang kerentanan klien terhadap penyakit</li> <li>• Ketidakberdayaan keluarga</li> </ul>		pengelolaan kesehatan dalam keluarga	1827	keperawatn kluarga mampu mengenal masalah:	5606
			1808	Pengetahuan body mekanik	5604
			1814	Pengetahuan pengobatan	
				Pengetahuan prosedur pengobatan	
			1606	Keluarga mampu memutuskan:	5250
				Berpartisipasi dalam memutuskan perawatan kesehatan	5310
			1623	Keluarga mampu merawat:	
				Perilaku patuh terhadap pengobatan	5616
			1616	Penampilan body mekanik	2304
					0180
					1850
			0902	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan:	4920
			0906	Komunikasi	
			0907	Pengambilan keputusan	5020
				Proses informasi	
				Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan:	
			1806	Pengetahuan tentang sumber-sumber kesehatan	7910
			1603	Perilaku mencari pelayanan kesehatan	8100
			2605	Partsipasi keluarga dalam	

				perawatan keluarga	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koping pelaku rawat tidak efektif</li> <li>• Adaptasi keluarga tidak efektif</li> <li>• Pola hubungan klien dengan pelaku rawat tidak efektif</li> <li>• Masalah psikologis yng muncul pada pelaku rawat</li> <li>• Klien menunjukkan perilaku menyimpang</li> <li>• Pelaku rawat tidak siap melaksanakan perannya</li> </ul>	00062	Resiko ketegangan peran pelaku rawat (care givver)	1862 1823  1606  2202 2205 2206 2210  0902 0906 0907  1806 1603 2605	Setelah dilakukan intervensi keperawatn keluarga mampu mengenal masalah: Stres manajemen Promosi kesehatan  Keluarga mampu memutuskan: Berpatisipasi dalam memutuskan perawatan kesehatan  Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit: Kesiapan pelaku rawat untuk home care Penampilan pelaku rawat: direct care Penampilan pelaku rawat: indirect care Ketahanan peran pelaku rawat  Keluarga mampu memodifikasi lingkungan: Komunikasi Pengambilan keputusan Proses informasi  Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan: Pengetahuan tentang sumber-sumber kesehatan Perilaku mencari pelayanan kesehatan Partsipasi keluarga dalam perawatan keluarga	5606 5604  5250 5310  7040 7110 7130 7140 7150 5370  4920 5020  7910 8100

#### 4. Pelaksanaan

Tindakan keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini, perawat yang mengasuh keluarga sebaiknya tidak bekerja sendiri tetapi juga melibatkan anggota keluarga.

#### 5. Evaluasi

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan keluarga dengan tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan keluarga agar mencapai tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan.

## 2.4 KONSEP PENDEKATAN KELUARGA

### 2.4.1 Konsep Pendekatan Keluarga

Pendekatan keluarga adalah salah satu cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung, melainkan juga keluar gedung dengan mengunjungi keluarga di wilayah kerjanya.

Selain itu Puskesmas juga harus meningkatkan kerjasama dengan jejaringnya (fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayahnya), agar fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lain tersebut juga turut menyelesaikan masalah-masalah kesehatan keluarga. Keluarga dijadikan focus dalam pendekatan pelaksanaan Program Indonesia Sehat karena menurut Friedman (1998) terdapat lima fungsi keluarga, yaitu :

1. Fungsi afektif (*The Affective Function*) adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu dalam mempersiapkan anggota keluarga berinteraksi dengan orang lain. Fungsi ini

dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga.

2. Fungsi sosialisasi yaitu proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosialnya. Fungsi ini berguna untuk membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak dan meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.
3. Fungsi reproduksi (*The Reproduction Function*) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
4. Fungsi ekonomi (*The Economic Function*) yaitu keluarga sebagai tempat dalam mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan agar memenuhi kebutuhan keluarga.
5. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (*The Health Care Function*) adalah untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan. Tugas-tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan adalah :
  - 1) Mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarganya.
  - 2) Mengambil keputusan untuk tindakan kesehatan yang tepat.
  - 3) Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit.
  - 4) Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan untuk kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarganya.
  - 5) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan fasilitas kesehatan.

Pendekatan keluarga merupakan pengembangan dari kunjungan rumah oleh Puskesmas dan perluasan dari upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas), yang meliputi kegiatan berikut:

1. Kunjungan keluarga untuk pendataan/pengumpulan data profil kesehatan keluarga dan peremajaan (*updating*) pangkalan datanya.
2. Kunjungan keluarga dalam rangka promosi kesehatan sebagai upaya promotif dan preventif.
3. Kunjungan keluarga untuk menindaklanjuti pelayanan kesehatan dalam gedung.
4. Pemanfaatan data dan informasi dari profil kesehatan keluarga untuk pengorganisasian/pemberdayaan masyarakat dan manajemen Puskesmas.

Kunjungan rumah (keluarga) dilakukan secara terjadwal dan rutin, dengan memanfaatkan data dan informasi dari profil kesehatan keluarga (*family folder*). Dengan demikian, pelaksanaan upaya Perkesmas harus diintegrasikan ke dalam kegiatan pendekatan keluarga. Dalam menjangkau keluarga, Puskesmas tidak hanya mengandalkan UKBM yang ada sebagaimana selama ini dilaksanakan, melainkan juga langsung berkunjung ke keluarga. Perlu diperhatikan, bahwa pendekatan keluarga melalui kunjungan rumah ini tidak berarti mematikan UKBM-UKBM yang ada, tetapi justru untuk memperkuat UKBM-UKBM yang selama ini dirasakan masih kurang efektif.

Pendekatan keluarga adalah pendekatan pelayanan oleh Puskesmas yang mengintegrasikan upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) secara berkesinambungan, dengan target keluarga, didasarkan pada data dan informasi dari profil kesehatan keluarga. Tujuan dari pendekatan keluarga adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan akses keluarga beserta anggotanya terhadap pelayanan kesehatan komprehensif, meliputi pelayanan promotif dan preventif serta pelayanan kuratif dan rehabilitatif dasar.

2. Mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimum (SPM) kabupaten/kota dan provinsi, melalui peningkatan akses dan skrining kesehatan.
3. Mendukung pelaksanaan JKN dengan meningkatkan kesadaran masyarakat untuk menjadi peserta JKN.
4. Mendukung tercapainya tujuan Program Indonesia Sehat dalam Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019.

#### **2.4.2 Pelaksanaan Pendekatan Keluarga**

Satu keluarga adalah satu kesatuan keluarga inti (ayah, ibu, dan anak) sebagaimana dinyatakan dalam kartu keluarga. Keluarga yang terdapat kakek dan atau nenek atau individu lain dalam satu rumah tangga, maka rumah tangga tersebut dianggap terdiri lebih dari satu keluarga. Satu keluarga dinyatakan sehat atau tidak digunakan beberapa penanda atau indicator. Dalam rangka pelaksanaan Program Indonesia Sehat telah disepakati adanya *dua belas indicator* utama untuk penanda status kesehatan sebuah keluarga. Kedua belas indicator utama tersebut adalah sebagai berikut:

1. Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)
2. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan
3. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap
4. Bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif
5. Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan
6. Penderita tuberculosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar
7. Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur
8. Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan
9. Anggota keluarga tidak ada yang merokok
10. Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
11. Keluarga mempunyai akses sarana air bersih

## 12. Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat

Berdasarkan indikator tersebut, dilakukan penghitungan Indeks Keluarga Sehat (IKS) dari setiap keluarga, sedangkan keadaan masing-masing indikator mencerminkan kondisi PHBS dari keluarga yang bersangkutan.

Pelaksanaan pendekatan keluarga ini memiliki tiga hal yang harus diadakan atau dikembangkan, yaitu:

1. Instrument yang digunakan di tingkat keluarga
2. Forum komunikasi yang dikembangkan untuk kontak dengan keluarga
3. Keterlibatan tenaga dari masyarakat sebagai mitra Puskesmas

Instrument yang diperlukan ditingkat keluarga adalah sebagai berikut:

1. Profil kesehatan keluarga (selanjutnya disebut Prokesga), berupa *family folder*, yang merupakan sarana untuk merekam (menyimpan) data keluarga dan data individu anggota keluarga. Data keluarga meliputi komponen rumah sehat (akses/ketersediaan air bersih dan akses atau penggunaan jamban sehat). Data individu anggota keluarga mencantumkan karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan lain-lain) serta kondisi individu yang bersangkutan, seperti mengidap penyakit (hipertensi, tuberculosis, dan gangguan jiwa) dan perilakunya (merokok, ikut KB, memantau pertumbuhan dan perkembangan balita, pemberian ASI eksklusif, dan lain-lain).

2. Paket Informasi Keluarga (selanjutnya disebut Pinkesga), berupa flyer, leaflet, buku saku, atau bentuk lainnya, yang diberikan kepada keluarga sesuai masalah kesehatan yang dihadapinya.

Forum Komunikasi yang digunakan untuk kontak dengan keluarga dapat berupa forum-forum berikut :

1. Kunjungan rumah ke keluarga-keluarga di wilayah kerja Puskesmas.



2. Diskusi kelompok terarah (DKT) atau biasa dikenal dengan *focus group discussion (FGD)* melalui Dasawisma dari PKK.
3. Kesempatan konseling di UKBM (Posyandu, Posbindu, Pos UKK, dan lain-lain).
4. Forum-forum yang sudah ada di masyarakat seperti majelis talkim, rembug desa, selapanan, dan lain-lain. Keterlibatan tenaga dari masyarakat sebagai mitra dapat diupayakan dengan menggunakan tenaga-tenaga berikut:
  - a. Kader-kader kesehatan, seperti kader Posyandu, Posbindu, Poskestren, PKK, dan lain-lain.
  - b. Pengurus organisasi kemasyarakatan setempat, seperti pengurus PKK, pengurus Karang Taruna, pengelola pengajian, dan lain-lain.

Pelaksanaan pendekatan dilakukan minimal di satu desa secara utuh mulai dari RT, RW, Desa yang meliputi semua tahapan pendekatan keluarga yaitu pendataan, analisa, identifikasi, intervensi dan maintenance.

#### **2.4.3 Peran Puskesmas dalam Pendekatan Keluarga**

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Peraturan Menteri Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat).

Puskesmas bertanggung jawab atas satu wilayah administrasi pemerintahan, yakni kecamatan atau bagian dari kecamatan. Di setiap kecamatan harus terdapat minimal satu Puskesmas. Penyelenggaraan Puskesmas terdapat 6 (enam) prinsip, yaitu; 1) Prinsip Paradigma Sehat, 2) Prinsip Pertanggungjawaban Wilayah, 3) Prinsip Kemandirian Masyarakat, 4) Prinsip Pemerataan, 5 ) Prinsip Teknologi Tepat Guna, 6) Prinsip Keterpaduan dan Kesiambungan.

#### **2.4.4 Peran Pembina Keluarga**

1. Mengumpulkan data kesehatan keluarga (menggunakan formulir Profil Kesehatan Keluarga/prokesga → manual dan aplikasi keluarga sehat
2. Melakukan analisis data secara sederhana
3. Melakukan identifikasi masalah
4. Melakukan intervensi, penyuluhan/pendidikan kesehatan (menggunakan paket informasi keluarga/pinkesga) sebagai berikut:
  - a. Menjelaskan hal-hal penting berkaitan dengan kesehatan ibu hamil, melahirkan dan nifas, termasuk tentang tanda bahaya kehamilan 4T (4 Terlalu, yaitu Terlalu Muda, Terlalu Tua, Terlalu Sering, Terlalu Banyak) dan kehamilan yang tidak diinginkan.
  - b. Menjelaskan hal-hal penting berkaitan dengan Air Susu Ibu (ASI) dan manfaat pemberian ASI eksklusif kepada bayi.
  - c. Menjelaskan hal-hal penting berkaitan dengan imunisasi dasar dan manfaat pemberian imunisasi dasar kepada bayi
  - d. Mengenali secara sederhana balita pendek (stunting) dan menjelaskan hal-hal penting berkaitan dengan kesehatan dan perkembangan balita.
  - e. Mengenali secara sederhana penderita tuberculosis dan menjelaskan hal-hal penting berkaitan dengan pencegahan dan pengobatan tuberculosis.
  - f. Mengenali secara sederhana (dengan pengukuran) penderita hipertensi dan menjelaskan hal-hal penting berkaitan dengan pencegahan dan pengobatan hipertensi.

- g. Menjelaskan hal-hal penting berkaitan dengan kandungan zat-zat berbahaya dalam rokok dan menjelaskan bahaya merokok bagi kesehatan.
- h. Mengenali secara sederhana penderita gangguan jiwa dan menjelaskan hal-hal penting berkaitan dengan penanganan penderita.
- i. Mengenali secara sederhana bentuk jamban sehat dan menjelaskan manfaat jamban bagi kesehatan.
- j. Mengenali secara sederhana ciri-ciri air bersih dan menjelaskan manfaat air bersih bagi kesehatan.
- k. Menjelaskan tentang manfaat keluarga berencana (KB), jenis-jenis alat kontrasepsi (kelebihan dan kekurangannya) serta cara-cara memperoleh pelayanan KB.
- l. Menjelaskan tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan cara-cara menjadi peserta JKN atau asuransi kesehatan lain.
- m. Meremajakan (*update*) data keluarga dalam Profil Kesehatan Keluarga (*Family Folder*).
- n. Pengembangan kompetensi dapat dilakukan sesuai dengan penambahan muatan indikator local spesifik di masing-masing daerah.

## **BAB III**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **3.1 Hasil Studi Kasus**

Pada bab ini berisi rincian tentang studi kasus asuhan keperawatan keluarga dengan stroke yang telah dilakukan pada keluarga Tn. A.N pada tanggal 11-16 juni 2018.

##### **3.1.1 Pengkajian**

###### **1. Data Umum Keluarga**

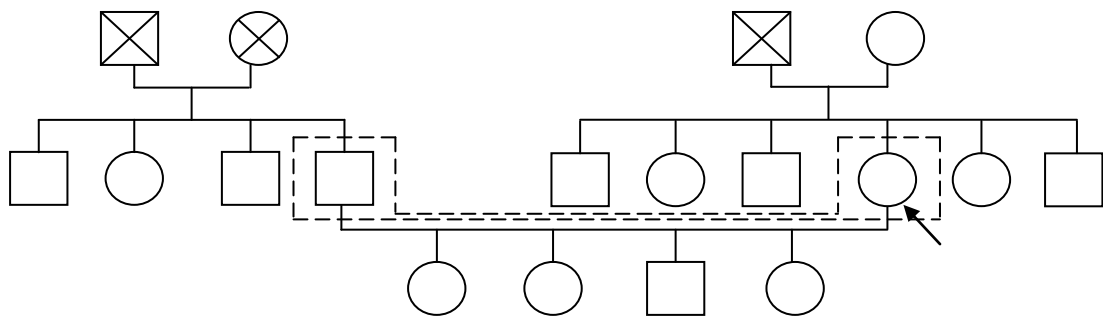
Pengkajian dilakukan oleh Magdariani chyntia putri dengan auto Anamnesis . Tn. A. N pendidikan terakhir SMA, alamat rumah di RT 009/RW 004 kelurahan Sikumana kecamatan Maulafa. Tn. A.n dan istrinya Ny.N.K beragama Kristen khatolik dan berasal dari suku flores. Bahasa yang digunakan sehari-hari bahasa Indonesia dan pekerjaan saat ini tidak ada, TN.A.N pensiunan PNS, fasilitas pelayanan kesehatan terdekat adalah puskesmas Sikumana dengan jarak kurang lebih 2kilometer, alat transportasi yang digunakan adalah sepeda motor.

Data anggota TN.A.N berjenis kelamin laki-laki dan istrinya Ny. N.k berjenis kelamin perempuan. Tn. A.N berperan sebagai kepala keluarga, suku flores, berumur 60 tahun, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan pensiunan PNS. status gizi TB 175 cm, BB 74 kg, hasil TTV : TD :130/80 mmHg, Nadi: 90x/mnt, suhu: 36,4°C, RR: 20x/mnt, tidak menggunakan alat bantu. Dan istrinya juga sama berpendidikan terakhir SMA, berumur 51 tahun, pekerjaan sebagai IRT namun sekarang semua peranan di ambil ahli oleh suaminya Tn.A.N hasil TTV: TTD : TD : 180/100 mmHg, Nadi : 92x/mnt, RR: 20x/mnt.

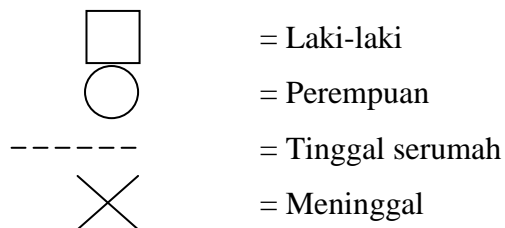
Status kesehatan Tn. A.N, tampak sehat dan rapi, Tn A.N tidak memiliki riwayat penyakit atau alergi, sehingga masalah kesehatan dari Tn.A.n tidak ada.

Sedangkan Ny. N.K tampak tidak sehat, tidak bisa berjalan sendiri, mulut tampak bengkok, sulit berbicara dengan orang lain, tampak lemah serta aktivitas dan mobilitas dibantu, kesadaran composmetis, status kesehatan Ny. N.k saat ini didapatkan tekanan Darah 180/100 mmHG sekitar tahun 2010 Ny. N.K di diagnosa stroke hingga sekarang, Ny. N.k sendiri tidak memiliki riwayat alergi sehingga masalah kesehatan dari Ny. N.k adalah stroke.

Genogram :



Keterangan :



Dari genogram diatas di simpulkan bahwa dari kakek dan nenek Tn. A.N sudah meninggal karena sudah usia lanjut. Sedangkan orang tua dari Ny. N.k kakeknya saja yang sudah meninggal karena usia lanjut juga, keluarga Tn. A.N tidak memiliki riwayat stroke hanya Ny.N.k saja yang menderita stroke.

Keluarga Tn. A.N merupakan tipe keluarga : Nuclear family. Dimana di dalam keluarga terdapat ayah, ibu dan anak walaupun anaknya sekarang berada diluar kota untuk sekolah. Status sosial ekonomi keluarga : Tn. A.N mengatakan bahwa ekonomi yang diperoleh dari hasil pensiunan berjumlah RP. 3.658.000, penghasilan

yang diperoleh itu pas-pas saja untuk kebutuhan didalam rumah selebihnya biaya anaknya kuliah. Tn. A.N memiliki motor yang dapat membantunya sebagai alat transportasi. Aktivitas rekreasi keluarga di dalam rumah yang biasa dilakukan Tn. A.N hanya mengurus rumah, menyiram bunga, mencuci pakaian dan melakukan pekerjaan rumah lainnya, serta mengurus istrinya yang sedang sakit.

## 2. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Tahap perkembangan keluarga saat ini : keluarga Tn. A.N dengan anak usia dewasa muda. Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi dari Tn. A.N adalah Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar dan berperan suami-istri kakek dan nenek.

Riwayat kesehatan keluarga. Tn. A.N mengatakan bahwa dirinya dalam keadaan sehat, sedangkan Ny. N.K istrinya mengatakan bahwa ia dalam keadaan sakit, lalu Tn. A.N menambahkan bahwa istrinya mengalami stroke. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya, Tn. A.N mengatakan bahwa dulu hanya sakit demam, pilek biasa tidak ada penyakit keturunan, sedangkan Ny. N.K sudah stroke dari tahun 2010 sampai sekarang.

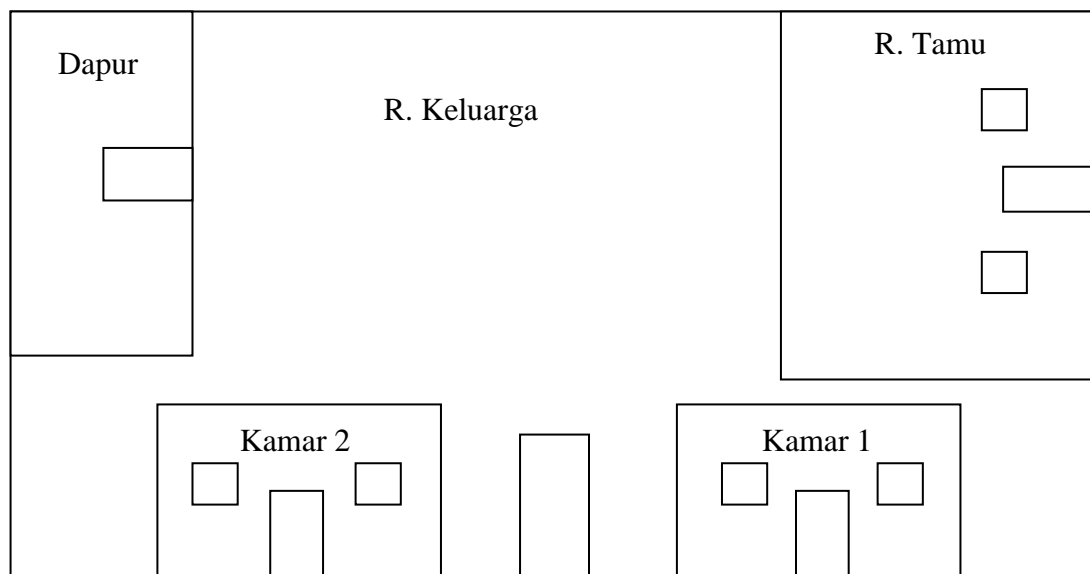
## 3. Data lingkungan

Kondisi rumah Tn. A. N beratap seng, berdinding tembok, lantai keramik dalam keadaan bersih, dan barang tertata rapih. Ventilasi: cukup, keluarga Tn. A. N memiliki 4 ventilasi di rumah. 1 ventilasi di pintu ruang tamu d 1 ventilasi lagi di pintu teras, 1 ventilasi di kamar tidur, Pencahayaan rumah: baik pencahayaan rumah baik, terdapat 3 jendela di ruang tamu, 2 jendela di ruang keluarga, dan di setiap kamar memiliki 2 jendela.

Saluran buang limbah, baik karena air cucian digunakan untuk menyiram halaman dan tanaman yang ada di sekitar rumah. Tn. A.N menggunakan sumber air bersih yang berasal dari PAM. Jamban memenuhi syarat: ya: jamban yang digunakan keluarga adalah leher

angsa. Tempat pembuangan sampah keluarga, Tn. A.N tidak memiliki bak penampung sampah. Sampah-sampah yang ada di halaman di kumpul menjadi satu dan kemudian langsung di bakar.

Ratio luas bangunan rumah dengan jumlah anggota keluarga 8m<sup>2</sup>/orang: ya, lebar rumah 8 m<sup>2</sup>, panjang rumah 10 m<sup>2</sup>. Kamar tidur berukuran 3x3 m<sup>2</sup>, ruang tamu berukuran 3x3 m<sup>2</sup>, kamar mandi berukuran 2x3 m<sup>2</sup>, dan dapur berukuran 3x3 m<sup>2</sup>. Denah rumah :



Karakteristik tetangga dan komunitasnya. Tn. A. N mengatakan bahwa, hubungannya dengan tetangga sekitar sangat baik. Tn. A. N mengatakan tidak pernah pindah dan masih menetap sampai sekarang di kelurahan Sikumana. Hubungan interaksi dengan masyarakat sekitar, selalu berinteraksi baik terhadap tetangganya, dan setiap kali berkumpul bersamama selalu baik dan tidak ada masalah. Keluarga mempunyai sistem pendukung berupa kartu BPJS.

#### 4. Struktur keluarga

Tn. A.N berperan sebagai sebagai kepala keluarga dan pengambil keputusan dan mencari nafkah untuk membiayai kebutuhan keluarga. dan Ny. N.K berperan sebagai ibu rumah tangga yang

mengatur keuangan, membereskan pekerjaan rumah, tetapi semenjak sakit semua tugas dilakukan oleh Tn. A.N

Nilai dan norma, keluarga TN. A.N menganut agama Kristen Protestan. Keluarga Tn. A.n selalu mengikuti ajaran agamanya sesuai dengan yang diajarkan di dalam Alkitab. Tn. A. N selalu melakukan musyawarah atau berdiskusi bersama keluarga dalam mengambil keputusan dan saling terbuka. Tn. A. N juga memiliki tabungan dan kartu BPJS.

#### 5. PHBS Di rumah Tangga

Tn A.N Menggunakan air bersih (PAM) untuk kebutuhan makan dan minum. Serta untuk kebersihan diri. Tn. A.N mengatakan Mencuci tangan dengan air serta menggunakan sabun untuk mencuci tangan. Tn.A.N melakukan pembuangan sampah pada tempatnya. Sampah- Sampah yang ada di kumpul dan langsung di bakar. Tn. A. N selalu menjaga lingkungan rumahnya agar tetap bersih dan rapih. Barang-barang di dalam rumah selalu di tata dengan rapih untuk meningkatkan kenyamanan di dalam rumah, keluarga Tn. A. N mengkonsumsi ikan dan sayuran setiap hari, keluarga menggunakan jamban leher angsa. Setiap seminggu sekali membersihkan bak kamar mandi. keluarga mengatakan mngkonsumsi sayur setiap hari, tetapi tidak mengkonsumsi buah-buahan setiap hari, keluarga melakukan aktivitas seperti nyapu, mencuci pakaian, membersihkan rumah. Di dalam rumah Tn. A. N merokok setiap hari, satu hari dapat menghabiskan sekitar 5 batang rokok.

#### 6. Fungsi keluarga

Tn. A. N mengatakan ekonomi keluarga dapat terpenuhi dengan baik. Hasil pensiunan cukup untuk kebutuhan sehari-hari dan untuk biaya kuliah anaknya. Selain itu selalu mengajarkan dan



mengingatkan kepada anaknya untuk saling bersosialisasi dengan sesama.

Tn. A. N dan Ny. N. K berpendidikan terakhir SMA, Anak Tn. A. N dan Ny. N. K sekarang menjalani pendidikan S1. Dalam hal berekreasi Keluarga tidak pernah berekreasi, hanya di rumah saja karena Ny. N. K sedang sakit. Selain itu juga Tn. A. N mengatakan pergi ke gereja sudah jarang, karena kondisi Ny. N. K sedang sakit. Sehingga bila Tn. A. N ke gereja maka tidak ada yang menjaga Ny. N. K. Tetapi Tn. A. N sering mengundang Frater untuk datang berdoa dirumah..Fungsi reproduksi Ny. N. K masih menstruasi sampai sekarang. Di dalam rumah Keluarga Tn. A. N adalah keluarga yang harmonis. Mereka selalu mengedepankan urusan bersama dan saling memperhatikan satu sama lain.

7. Fungsi pemeliharaan/perawatan kesehatan

a. Mengenal masalah kesehatan

Tn. A. mengatakan ia tahu bahwa istrinya sakit stroke. Tn.A juga mengatakan penyebab istrinya sakit adalah pengaruh dari stress.selain itu juga tidak tahu tanda dan gejala dari penyakit stroke yang dialami istrinya. Faktor-faktor penyebabnya juga ia tidak tau apa yang mempengaruhi kesehatan istrinya sehingga istrinya mengalami stroke sampai sekarang. Tn A. mengatakan bahwa ia yakin dan percaya penyakit istrinya dapat sembuh.

b. Mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan

Tn. A mengatakan apabila tidak di obati akan tambah parah dan berakibat fatal. Tn. A. Mengatakan ia turut merasakan sakit yang dialami oleh istrinya ia merasa sedih karena istrinya sakit. Tn. A. N mengatakan tidak menyerah tetapi selalu memberikan dukungan dan semangat kepada istrinya serta selalu berdoa untuk kesembuhan istrinya. Ia juga mengatakan tidak merasa takut dengan masalah saat ini karena ia percaya bahwa istrinya N y. N.

akan segera sembuh. Tn. A mengatakan selalu mendukung dan berusaha memberikan yang terbaik untuk istrinya. Ny.N .

c. Kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit

Tn. A. N mengatakan tidak tahu cara merawat istrinya yang sakit stroke Beliau hanya mendengar saran dari tetangga sekitar, untuk menggunakan minyak tanah dan kapur sirih sebagai pengobatan stroke, akibat dari penggunaan minyak tanah dan kapur sirih menyebabkan luka melepuh dibagian pinggul belakang. Selain itu juga Tn. A. mengatakan tidak mengetahui cara perawatan Ny. N. K tetapi keluarga tahu jika terjadi sesuatu (keadaan darurat) maka harus segera di bawa ke fasilitas kesehatan.

d. Kemampuan keluarga memelihara/modifikasi lingkungan rumah yang sehat.

Tn. A. N mengatakan di sekitar rumah ada tanaman pohon pisang, mangga dan pepaya. Selain itu juga Keluarga mengatakan dapat memodifikasi lingkungan yang baik seperti lantai rumah yang tidak licin dan tempat tidur memiliki sisi pengaman. Tn.A mengatakan disekitar rumah ada tanaman buah-buahan yang dapat dikonsumsi bersama.

e. Kemampuan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan

Tn. A. N mengatakan keluarganya biasanya berobat di Puskesmas Sikumana..ia juga mengatakan keuntungan yang di peroleh bisa mendapatkan pelayanan dan pengobatan. Tn. A. N juga mengatakan pelayanan yang diberikan petugas kesehatan sangat baik. Selain itu juga mengatakan fasilitas kesehatan yang terdekat dapat di jangkau dengan motor.

8. Stress dan coping keluarga

Tn. A. N mengatakan ia merasa lelah dan stress karena harus menggantikan peran istrinya. Selain itu juga mengatakan ia sering sekali khawatir akan kesembuhan istrinya. Tn. A. N mengatakan dengan berdoa dan selalu berusaha. Ia juga mengatakan jika stress

beliau sering mendengarkan lagu-lagu rohani dan menonton TV. Tn.

A. N mengatakan keluarga tidak pernah melakukan kekerasan.

#### 9. Harapan Keluarga

Keluarga berharap agar petugas kesehatan dapat memberikan pelayanan yang baik dan tepat. Dan berharap agar istrinya cepat sembuh.

Kriteria kemandirian keluarga

- a. Menerima petugas perawatan kesehatan
- b. Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan
- c. Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar
- d. Melakukan tindakan keperawatan sederhana yang dianjurkan

#### 10. Pemeriksaan fisik

BI (Breathing) pada infeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan, auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi secret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada klien dengan tingkat kesadaran compos mentis, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan. B2 (Blood) pengkajian pada system kardiovaskuler didapatkan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200 mmHg. B3 (Brain) stroke menyebabkan berbagai deficit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfisinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian B3 (Brain) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada system lainnya.

Pengkajian tingkat kesadaran. Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian. Tingkat keterjagaan klien dan respons terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitive untuk disfungsi system persarafan. Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien stroke biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikomatosa. Jika klien sudah mengalami koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberian asuhan. Pengkajian fungsi serebral. Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, kemampuan berbahasa lobus frontal, dan hemisfer. Pengkajian saraf cranial. Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan saraf cranial I-XII saraf I biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman. Saraf II, disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian ke bagian tubuh. Saraf III, IV, dan VI. Jika akibat stroke mengakibatkan paralisis, pada satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit. Saraf V. pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigemimus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus. Saraf VII, persepsi pengecap dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat. Saraf VIII, tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi. Saraf IX dan X, kemampuan menelan kurang baik dan sulit membuka mulut. Saraf XI, tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius. Saraf XII, lidah simetris,

terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecap normal.

### **3.1.2 Diagnosa keperawatan**

Dari hasil pengkajian, data-data yang ditemukan kemudian dibuat analisa data sebagai berikut:

Data subyektif : Tn. A mengatakan penyebabnya adalah pengaruh stres. Tn. A mengatakan tidak tahu tanda dan gejala penyakit yang diderita istrinya. Tn. A mengatakan tidak tahu faktor yang mempengaruhi penyakit yang di alami istrinya , apabila tidak di obati akan tambah parah dan berakibat fatal. Tn. A mengatakan tidak tahu cara merawat istrinya yang sakit hipertensi dan stroke. Beliau hanya mendengar saran dari tetangga sekitar. Tn. A mengatakan tidak mengetahui cara perawatan Ny. N. K tetapi keluarga tahu bahwa jika terjadi sesuatu (masalah darurat) maka harus segera di bawa ke fasilitas kesehatan.

Data obyektif : TTV Ny. N. K : TD = 180/100 mmHg; N = 92 x/mnt; RR = 20x/mnt; S = 36,5°C. Pasien dan keluarga tampak bingung saat di tanya tentang penyakitnya. Keadaan umum pasien lemah. Pasien hanya berbaring. Pasien dapat duduk tetapi dengan bantuan dari Tn. A.

Data subyektif : Tn. A mengatakan ia mendengar saran dari tetangga sekitar untuk menggunakan minyak tanah di campur dengan kapur sirih lalu di gosok di tangan, pinggul dan kaki pasien. Tn. A juga mengatakan tidak pernah membawa istrinya ke fisioterapi karena keterbatasan biaya dan tidak tahu jika bisa menggunakan BPJS, sehingga beliau hanya ke Puskesmas untuk mengambil obat.

Data obyektif : terdapat luka melepuh dipinggul, kulit kemerahan, panjang luka 2 cm. luka berwarna kemerahan, tidak berbau, tidak ada pus.

Berdasarkan hasil analisa data diatas dapat ditemukan masalah keperawatan keluarga ketidakektifan pemeliharaan kesehatan keluarga dan perlaku keluarga cenderung beresiko.

Prioritas diagnose : Hasil pembobotan skor dari 4 kriteria diperoleh : Diagnosa 1 : ketidakektifan pemeliharaan kesehatan keluarga dengan kode 00099 dengan skor 3,6 dan diagnosa 2 : Kurang efektifnya pengelolaan kesehatan dalam keluarga dengan kode 00078 dengan skor 3,2

### **3.1.3 Rencana keperawatan**

Adapun perencanaan dari diagnose keperawatan keluarga yang dapat ditegakan:

1. Diagnosa ketidakektifan pemeliharaan kesehatan keluarga dengan kode 00099.

Tujuan : kode Noc 1803

- TUK 1 Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu mengenal masalah kesehatan dengan kriteria hasil:

Domain 4 : Pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku

Kelas S : Pengetahuan tentang kesehatan. Luaran : Pengetahuan Proses penyakit yaitu Dengan aktivitas pemahaman tentang proses penyakit tentu dan komplikasinya meningkat dari 2 (pengetahuan baik) menjadi 4 (pengetahuan baik) dengan Indicator : 180303 Faktor predisposisi dan presiptasi, 180304 Faktor resiko 180306, Tanda dan gejala penyakit stroke, 180307 Proses perjalanan penyakit, 180308 Strategi meminimalkan penyakit, 180309 Potensi komplikasi, 180315 Manfaat manajemen penyakit.

Kode NIC 5602 : keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, Domain 3 : perilaku, Kelas : Pendidikan pasien Intervensi : Pengajaran proses penyakit. Kaji pengetahuan keluarga sekarang tentang proses penyakit, Menerima pengetahuan keluarga, Jelaskan tentang tanda dan gejala penyakit dengan tepat, Jelaskan tentang proses penyakit, Jelaskan informasi tentang kondisi pasien sesuai kondisi saat ini, Jelaskan tentang gaya hidup sehat untuk mencegah komplikasi.

- TUK 2 Setelah dilakukan tindakan keperawatan, keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat terhadap masalah kesehatan dengan kriteria hasil: Domain 4 : Pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku Kelas R : Kepercayaan tentang kesehatan, Kode 1704 Luaran: kepercayaan mengenai kesehatan : ancaman yang dirasakan yaitu keyakinan pribadi bahwa masalah kesehatan yang mengancam merupakan hal yang serius dan memiliki potensi konsekuensi negative terhadap gaya hidup meningkat dari 2 (lemah) menjadi 4 (kuat) dengan indicator : 170401 Merasakan ancaman kesehatan, 170404 Kekhawatiran mengenai penyakit, 170405 Kekhawatiran mengenai potensi komplikasi, 170406 Merasakan keparahan penyakit. Kode NIC 7140 Intervensi : Dukungan keluarga : Puji reaksi emosional terhadap kondisi anggota keluarga yang sakit , Ajarkan perencanaan perawatan pada keluarga yang sakit, Berikan pilihan keluarga yang akan membantu keluarga membuat keputusan terkait perawatan anggota keluarga yang sakit, Anjurkan kepada seluruh anggota keluarga untuk membuat keputusan tentang perawatan.
- TUK 3 : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, keluarga mampu memberikan perawatan kesehatan dengan kriteria hasil : Domain 3 , Kelas s, pendidikan pasien Kode NOC 5614 Luaran : pengajaran persepsian diet : stroke dipertahankan (2) pada jarang menunjukkan ditingkatkan ke 4 (sering menunjukkan) Indikator : 193103 mengenali faktor risiko stroke pada diri, 193108 memonitor tekanan darah, 193111 mengikuti diet yang dianjurkan , 193112 mengurangi asupan makanan tinggi lemak jenuh dan kolesterol, 193114 mengurangi asupan garam Kode NIC 5614 Intervensi : kaji tingkat pengetahuan pasien mengenai diet yang disarankan, ajarkan pasien nama-nama makanan yang sesuai dengan diet yang disarankan, jelaskan pada pasien mengenai tujuan kepatuhan

terhadap diet yang disarankan terkait dengan kesehatan secara umum, libatkan pasien dan keluarga.

2. Diagnosa 2 : Kurang efektifnya pengelolaan kesehatan dalam keluarga

- TUK 3 Setelah dilakukan tindakan keperawatan, keluarga mampu memberikan perawatan kesehatan dengan kriteria hasil : NOC : mengenal masalah: 1827 Pengetahuan body mekanik, 1808 Pengetahuan pengobatan, 1814 Pengetahuan prosedur pengobatan. Keluarga mampu memutuskan: 1606 Berpartisipasi dalam memutuskan perawatan kesehatan. Keluarga mampu merawat: 1623 Perilaku patuh terhadap pengobatan, 1616 Penampilan body mekanik. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan: 0902 Komunikasi, 0906 Pengambilan keputusan, 0907 Proses informasi. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan : 1806 Pengetahuan tentang sumber-sumber kesehatan, 1603 Perilaku mencari pelayanan kesehatan, 2605 Partisipasi keluarga dalam perawatan keluarga. NIC dengan kriteria hasil : Setelah dilakukan intervensi keperawatan keluarga mampu mengenal masalah : 5606 teaching individu, 56044 teaching grup. Keluarga mampu memutuskan : 5250 dukungan membuat keputusan, 5310 membangun harapan Keluarga mampu merawat : 5616 penjelasan program pengobatan, 2304 pemberian pengobatan oral, 0180 pengelolaan latihan fisik, 1850 peningkatan kualitas tidur Keluarga mampu memodifikasi lingkungan : 4920 mendengar aktif ,5020 mediasi konflik. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan: 7910 konsultasi, 8100 rujukan.

#### **3.1.4. Implementasi keperawatan**

Disesuaikan dengan intervensi masing-masing diagnosa keperawatan keluarga yang telah dibuat.

a. Kunjungan Pertama



Implementasi berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan dari diagnosa ketidakaktifan pemeliharaan kesehatan keluarga pada Selasa, 12 juni 2018 jam 09.30 yaitu : Mengenal masalah kesehatan keluarga : Melakukan penyuluhan kesehatan tentang stroke mulai dari penyebab stroke , tanda dan gejala stroke , faktor resiko, syarat diit serta akibat dari stroke apabila tidak di obati dengan baik. Mampu merawat anggota keluarga : Memberikan penyuluhan perawatan pada keluarga dengan stroke tentang : cara pengobatan penyakit stroke, makanan yang harus dihindari. Implementasi berdasarkan intervensi yang telah di tetapkan dari diagnose : Kurang efektifnya pengelolaan kesehatan dalam keluarga pada selasa, 12 juni 2018 jam 11.20 yaitu,

a) Mengajarkan ke keluarga cara merawat luka yang baik dengan menggunakan obat, menjelaskan dan mengajarkan ke keluarga ROM aktif dan pasif , menganjurkan ke keluarga untuk segera melakukan konsultasi dengan faskes terdekat untuk melakukan fisioterapi.

b) Kunjungan Kedua

Implementasi berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan dari diagnosa ketidakaktifan pemeliharaan kesehatan keluarga pada Rabu, 13 juni 2018 jam 10.00 yaitu, Mengenal masalah kesehatan : Melakukan evaluasi kembali mengenai penyuluhan kesehatan yang dilakukan padahari selasa. Mampu merawat anggota keluarga: Memberikan penyuluhan perawatan pada keluarga dengan stroke tentang : cara pengobatan penyakit stroke, makanan yang harus dihindari untuk Ny. N.K.

Implementasi berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan dari diagnosa Kurang efektifnya pengelolaan kesehatan dalam keluarga pada Rabu, 13 juni 2018 jam 10.20 yaitu, mengajarkan ke keluarga cara merawat luka yang baik dengan menggunakan obat, menjelaskan dan mengajarkan ke keluarga ROM aktif dan

pasif , menganjurkan ke keluarga untuk segera melakukan konsultasi dengan faskes terdekat untuk melakukan fisioterapi.

c). Kunjungan ke 3

Implementasi berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan dari diagnosa ketidakektifan pemeliharaan kesehatan keluarga pada Kamis, 14 Juni 2018 yaitu, a). Mampu merawat anggota keluarga: Menjelaskan ke keluarga untuk menghindari makanan yang berkelesterol tinggi dan mengandung garam yang tinggi karena pasien juga mempunyai riwayat penyakit Hipertensi. Mampu merawat anggota keluarga: Memberikan penyuluhan perawatan pada keluarga dengan stroke tentang : cara pengobatan penyakit stroke, makanan yang harus dihindari untuk Ny. N.K.

d). Kunjungan ke 4

Implementasi berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan dari diagnosa Kurang efektifnya pengelolaan kesehatan dalam keluarga pada Sabtu, 16 Juni 2018 yaitu : Mampu merawat anggota keluarga :melakukan skrining stroke pada keluarga. Mengajarkan ke keluarga untuk merawat luka dengan obat, menyarankan keluarga menghindari makanan yang berlemak dan kandungan garam yang tinggi, turut ikut serta mengajarkan ROM aktif dan pasif kepada keluarga.

### **3.1.5. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi berdasarkan implementasi yang telah dilakukan dari diagnosa 1 ketidakektifan pemeliharaan kesehatan keluarga yang dilakukan pada Selasa, 12 Juni 2018 yaitu:

- Subjektif : keluarga mengatakan sudah mengerti tentang penyakit stroke, saat dilakukan evaluasi kembali keluarga mampu menjawab beberapa pertanyaan : tujuan diit stroke yaitu untuk meningkatkan kesehatan secara baik dengan memberikan gizi yang baik. Selain itu

penyebab stroke tanda dan gejala stroke, pandangan mata kabur, pusing dan sering sakit kepala, faktor yang menyebabkan stroke adalah timbulnya penyakit darah tinggi, faktor usia dan pola makan.

- Objektif : keluarga tampak kooperatif dalam penyuluhan, dan bisa menjawab pertanyaan yang diberikan. Assessment : masalah teratasi, planning : intervensi dipertahankan.

Evaluasi berdasarkan implementasi yang telah dilakukan dari Diagnosa 2 Kurang efektifnya pengelolaan kesehatan dalam keluarga pada Selasa, 12 Juni 2018 yaitu :

- Subjektif : Tn. A dapat mendemonstrasikan ulang gerakan yang telah dilakukan oleh penyuluh dengan baik, Tn.A mengatakan sudah mengerti cara perawatan luka yang baik.
- Objektif : keluarga kooperatif, mau mengikuti anjuran dan ajaran dengan baik. Assessment : Masalah teratasi, planning : intervensi dipertahankan.

Evaluasi berdasarkan implementasi yang telah dilakukan dari diagnosa 1 ketidakektifan pemeliharaan kesehatan keluarga yang dilakukan pada Rabu, 13 Juni 2018 yaitu:

- Subjektif : Tn. A. n mengatakan sudah memahami mengenai penyakit stroke yang dijelaskan pada hari Selasa, dan memahami mengenai anjuran makanan yang tepat dan baik untuk diberikan kepada istrinya.
- Objektif : keluarga tampak kooperatif, Assessment : Masalah belum teratasi, planning : tetap anjurkan ke keluarga untuk tidak boleh memberikan mie instant .

Evaluasi berdasarkan implementasi yang telah dilakukan dari Diagnosa 2 kurang efektifnya pengelolaan kesehatan dalam keluarga pada Rabu, 13 Juni 2018 yaitu, subjektif : Tn. A.N mengatakan mengikuti ajaran gerakan yang telah dilakukan dan setiap hari selalu mengajarkan pada istrinya. Objektif : klien tampak kooperatif, mau mengikuti

dengan baik. Assessment: Masalah teratasi, planning : intervensi dipertahankan.

Evaluasi berdasarkan implementasi yang telah dilakukan dari Diagnosa I ketidakektifan pemeliharaan kesehatan keluarga yang dilakukan pada Kamis, 14 Juni 2018 yaitu : subjektif: Tn, A. N mengatakan sudah memahami dan mengikuti anjuran yang diberikan objektif : klien tampak kooperatif, Assement : Masalah teratasi, planning : intervensi dipertahankan

Evaluasi berdasarkan implemmentasi yang telah dilakukan dari Diagnosa 2 kurang efektifnya pengelolaan kesehatan pada Sabtu, 16 Juni 2018 yaitu: subjektif : Tn. A.n mengatakan dapat mengikuti anjuran dan ajaran yang diberikan dengan baik. Objektif : Tn. A.n tampak kooperatif, sudah tau cara merawat luka yang ada dipinggul istrinya yg stroke, diit makanan yang dianjurkan diikuti dan tidak mengkonsumsi mie instant lagi. Assesment : Masalah teratasi, Planning: Intervensi di lanjutkan.

## **3.2 Pembahasan**

### **3.2.1 Pengkajian**

#### **1. Data umum keluarga**

Umur sebagai satu sifat karakteristik tentang orang. Dalam studi epidemiologi merupakan variable yang cukup penting karena cukup banyak penyakit yang ditemukan dengan berbagai variasi frekuensi yang disebabkan oleh umur (Noor, 2008). Pada 77 pasien stroke, kejadian pada usia 40-55 tahun sebanyak 25 pasien (32,5%) dan kejadian pada usia > 55 tahun sebanyak 52 pasien (67.5%). Berdasarkan hasil analisis uji statistik, diperoleh nilai  $P = 0.031$ , sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara umur dengan kejadian stroke dibandingkan dengan kelompok umur 45-55 tahun. Namun pada kasus nyata ditemukan bahwa Ny. N.K berusia 51 tahun ini menunjukkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata. Sedangkan berdasarkan teori dari (Noor, 2008)

mengatakan bahwa pekerjaan juga mempunyai hubungan yang erat dengan status sosial ekonomi, sedangkan berbagai jenis penyakit yang timbul dalam keluarga sering berkaitan dengan jenis pekerjaan yang mempengaruhi pendapatan keluarga. Angka kematian stroke sangat erat hubungannya dengan pekerjaan dan pendapatan keluarga., dan telah diketahui bahwa umumnya angka kematian stroke meningkat pada status sosial ekonomi rendah.

## 2. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013, prevalensi penyakit stroke di Indonesia meningkat seiring bertambahnya umur. Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah usia 75 tahun keatas (43,1) dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu sebesar 0,2% prevalensi stroke berdasarkan jenis kelamin lebih banyak laki-laki (7,1%) dibandingkan dengan perempuan (6,8%). Namun pada kasus nyata ditemukan bahwa Ny. N berusia 51 tahun dengan jenis kelamin perempuan . Sehingga disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antar konsep dengan kasus nyata.

Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya didapatkan bahwa Ny. N pernah menderita hipertensi di tahun 2010 dan menjalani pengobatan di rumah sakit. Sekitar tahun 2014 Ny N menderita stroke dikarenakan memiliki riwayat penyakit hipertensi . Dari kasus nyata dan teori yang ada, bahwa faktor resiko stroke bisa karena adanya riwayat hipertensi karena terjadi aterosklerosis pembuluh darah serebral, sehingga pembuluh darah tersebut mengalami penebalan dan degenerasi yang kemudian pecah dan menimbulkan perdarahan. Sehingga disimpulkan bahwa ada kesenjangan antar konsep dengan kasus nyata.

## 3. Data Lingkungan

Keadaan rumah bersih, barang-barang di dalam rumah tertata rapi, berdinding tembok, beratap seng, memiliki dua jendela, memiliki sumber air yang sehat dengan menggunakan air PAM,

lantai keramik, memiliki bangunan dengan luas rumah 18 m<sup>2</sup> namun lantai keramik licin dan keadaan tempat tidurnya tinggi sehingga memungkinkan Ny N jatuh. Lebih dari 70% dari tiga perempat pasien stroke setelah jatuh tidak mampu bangkit (Freedman, 2010) . Berdasarkan konsep dan kasus nyata yang ada, tidak ada kesenjangan dimana Ny N dapat beresiko jatuh dan bisa menimbulkan Ny. N.K tidak mampu untuk bangkit.

#### 4. Struktur keluarga

Menurut Stuart dan Sundeen (1995, dalam Tamher,2009) bahwa dukungan dari keluarga merupakan unsur terpenting dalam membantu individu menyelesaikan masalah. Adanya dukungan keluarga akan meningkatkan rasa percaya diri dan motivasi untuk menghadapi masalah. Jadi dapat disimpulkan bahwa keluarga merupakan faktor penting dalam memberikan dukungan agar dapat rutin melatih ROM. Sesuai dengan kasus nyata didapatkan Tn. A berperan sebagai kepala keluarga dan mencari nafkah untuk membiayai kebutuhan keluarga dan ibu berperan sebagai ibu rumah tangga yang mengatur keuangan, membereskan pekerjaan rumah, tetapi semenjak sakit semua tugas dilakukan oleh ayah dengan baik, membantu memberikan motivasi dan membantu dalam penyembuhan istrinya dengan cara pergi berobat di rumah sakit dan melatih ROM. Dengan ini menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara teori yang mendukung dengan tindakan dari keluarga.

#### 5. Fungsi keluarga

##### 1. Mengenal masalah kesehatan

Menurut teori Effendy (1988), mengenal masalah kesehatan keluarga berupa ketidakanggupan keluarga dalam mengenal masalah pad stroke adalah karena kurang pengetahuan tentang stroke apabila keluarga tidak mampu mengenal masalah kesehatan penyebab penyakit tersebut akan mengakibatkan komplikasi. Pada kasus nyata di dapatkan data Tn. A. mengatakan

ia tahu bahwa istrinya sakit stroke. Tn.A juga mengatakan penyebab istrinya sakit adalah pengaruh dari stress. Selain itu juga tidak tahu tanda dan gejala dari penyakit stroke yang dialami istrinya. Faktor-faktor penyebabnya juga ia tidak tau apa yang mempengaruhi kesehatan istrinya sehingga istrinya mengalami stroke sampai sekarang. Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata dilapangan karena pada kasus Tn.A.n mengatakan ia selam sekali tidak tau penyebab dan tanda gejala penyakit istrinya. Hal ini dikarenakan kurang pengetahuan keluarga tentang penyakit stroke.

## 2. Mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan

Menurut Freedman (1981) keluarga harus mampu mengambil keputusan untuk menentukan tindakan keluarga agar masalah kesehatan dapat dikurangi bahkan teratasi. Sedangkan di kasus nyata Tn.A merasakan sakit yang dialami oleh istrinya tetapi belum bisa mengambil keputusan karena masalah ekonomi yang kurang sehingga ia tidak pernah membawa istrinya untuk fisioterapi. Terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus nyata karena keterbatasan biaya yang dimiliki keluarga Tn.A.n.

## 3. Kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit

Menurut teori Effendy, 1998 ketidakmampuan ini disebabkan karena tidak mengetahui keadaan penyakit, misalnya dalam hal mengetahui tentang pengertian, tanda dan gejala, penyebab dari penyakit stroke. Sedangkan dalam kasus nyata, Tn A tidak mampu merawat keluarga yang sakit. Tn. A hanya mendengar saran dari tetangga sekitar, untuk menggunakan minyak tanah dan kapur sirih sebagai pengobatan stroke, akibat dari penggunaan minyak tanah dan kapur sirih menyebabkan luka melepuh dibagian pinggul belakang. Sehingga terdapat kesenjangan antara

teori dan kasus nyata karena kurangnya pengetahuan yang dimiliki oleh Tn. A.n

4. Kemampuan keluarga memelihara/modifikasi lingkungan rumah yang sehat.

Menurut teori (Friedman, 1988) modifikasi lingkungan yang baik untuk penanganan pasien stroke adalah, seperti lantai rumah yang tidak licin, penerangan dan ventilasi yang baik untuk meningkatkan pertukaran udara, memasang palang di sisi tempat tidur untuk mencegah pasien jatuh, memasang pegangan di tembok rumah untuk mencegah jatuh. Sedangkan di kasus nyata rumah keluarga Tn.A.n lantainya tidak licin, ada palang di sisi tempat tidur, penerangan rumah baik. Maka tidak ada kesenjangan antara teori dengan kasus nyata karena, sesuai dengan data yang ditemukan.

5. Kemampuan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan

Menurut teori (Effendy, 1998) kemampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas kesehatan sangat penting untuk keluarga yang mempunyai masalah stroke. Penderita dapat memeriksakan kesehatannya secara rutin dan sebagai tempat jika ada keluhan. Sedangkan pada kasus nyata Tn. A. N mengatakan keluarganya biasanya berobat di Puskesmas Sikumana, terutama istrinya ia juga mengatakan keuntungan yang diperoleh bisa mendapatkan pelayanan dan pengobatan. Berdasarkan kasus diatas tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus nyata karena pada kasus Tn.A.n sudah dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan baik.

Pemeriksaan fisik menurut teori Doengoes (2000), BI (Breathing) pada infeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan, auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi secret dan kemampuan batuk yang



menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada klien dengan tingkat kesadaran compos mentis, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan. B2 (Blood) pengkajian pada system kardiovaskuler didapatkan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200 mmHg. B3 (Brain) stroke menyebabkan berbagai deficit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfisinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian B3 (Brain) merupakan pemeriksaan focus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada system lainnya. Pengkajian tingkat kesadaran. Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian. Tingkat keterjagaan klien dan respons terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitive untuk disfungsi system persarafan. Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien stroke biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikomatosa. Jika klien sudah mengalami koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberian asuhan. Pengkajian fungsi serebral. Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, kemampuan baahasalobus frontal, dan hemisfer. Pengkajian saraf cranial. Pemeriksaaan ini meliputi pemeriksaan saraf cranial 1-XII saraf I biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman. Saraf II, disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada klien dengan hemipelgia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian ke bagian tubuh . saraf III, IV, dan VI. Jika akibat stroke mengakibatkan paralisis, pada satu sisi otot-otot okularis di

dapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit. Saraf V. pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigemimus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus. Saraf VII, persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat. Saraf VIII, tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi. Saraf IX dan X, kemampuan menelan kurang baik dan sulit membuka mulut. Saraf XI, tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius. Saraf XII, lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecapan normal. Sedangkan pada kasus nyata Hasil pengukuran TD : 180/100 mmHg, tinggi badan 165 cm., berat badan 63 kg, suhu 36,4°C, Nadi 92x/menit, pernapasan 20x/mnt, CRT<3, rambut tampak tebal dan bergelombang berwarna putih bercampur hitam, kepala tampak simetris, mata kiri dan kanan simetris, sclera ikterik, telinga tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada luka atau serumen pada telinga, mukosa bibir lembab, pada hidung tidak ada polip, tenggorokan tidak ada nyeri telan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, dada tampak simetris, abdomen simetris tidak ada lesi atau udem. Ekstremitas tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa digerakan, pasien mengalami hemiplegia pada seluruh ekstremitas kiri, kekuatan otot kanan 4, kiri 0, ekstremitas kiri pasien tremor jika dipaksa gerak, tidak mengalami TIC (gerakan berulang, cepat tanpa ada rangsangan), terjadi hemihipestesi (gangguan sensorik, atau tidak dapat merasakan rangsangan) pada ekstremitas kiri. Terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus nyata pada kasus didapatkan tekanan darah 180/100 mmHg dan pasien tidak mengalami TIC hal ini dikarenakan, pasien dalam masa pengobatan.

### 3.2.2 Diagnosa keperawatan

Untuk perumusan masalah keperawatan keluarga berpedoman pada *Modul Panduan Dokumentasi Askep Komunitas (Individu, Keluarga Kelompok/Komunitas) Dengan Pendekatan NANDA, ICPN, NOC, NIC (PPNI, Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia 2015)*.

Menurut Telly, dkk (2015) Diagnosa keperawatan yang dapat terjadi pada keluarga dengan penderita Stroke yaitu: 00074 kurang efektifnya coping keluarga, 00078 kurang efektifnya pengelolaan kesehatan dalam keluarga, 00062 resiko ketegangan peran pelaku perawat.

Pada kasus nyata diagnosa yang dapat diangkat pada keluarga Tn.A.N dengan masalah kesehatan stroke adalah : ketidakektifan pemeliharaan kesehatan keluarga (00099) dan kurang efektifnya pengelolaan kesehatan dalam keluarga (00078)

Kesenjangan antara teori dan kasus nyata ini adalah pada teori terdapat 3 masalah keperawatan sedangkan pada kasus nyata yang di dapat hanya 2 masalah dimana salah satu masalah sama dengan konsep teori dan satunya tidak sehingga masalah keperawatan kurang efektifnya coping keluarga (00074) dan resiko ketegangan peran pelaku rawat (care giver) (00062) tidak diangkat karena tidak terdapat data-data yang sesuai dengan kasus nyata., Sedangkan Diagnosa ketidakektifan pemeliharaan kesehatan dalam keluarga (00099) diangkat menjadi masalah pada kasus nyata karena terdapat data-data yang mendukung diagnosa tersebut.

### 3.3.3 Rencana Keperawatan

Adapun perencanaan dari diagnosa keperawatan keluarga yang dapat ditegakkan :

1. Diagnosa 1 : ketidakektifan pemeliharaan kesehatan keluarga dengan kode 00099
  - Tujuan : TUK 1 Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu mengenal masalah kesehatan dengan kriteria hasil: 180303 Faktor predisposisi dan presiptasi, 180304 Faktor resiko, 180306

Tanda dan gejala penyakit stroke, 180307 Proses perjalanan penyakit, 180308 Strategi meminimalkan penyakit, 180309 Potensi komplikasi, dengan intervensi Kode NIC 5602: keluarga mampu mengenal masalah kesehatan. Pada TUK I, yaitu intervensi pertama yang digunakan adalah pengajaran: proses penyakit yang terdapat dalam buku Nursing Interventions Classification dengan jumlah aktivitas 26 aktivitas, namun pada kasus nyata hanya diambil 6 aktivitas yang terdiri dari: Pengajaran proses penyakit : Kaji pengetahuan keluarga sekarang tentang proses penyakit, Menerima pengetahuan keluarga, Jelaskan tentang tanda dan gejala penyakit dengan tepat, Jelaskan tentang proses penyakit, Jelaskan informasi tentang kondisi pasien sesuai kondisi saat ini, Jelaskan tentang gaya hidup sehat untuk mencegah komplikasi.

- TUK 2: Setelah dilakukan tindakan keperawatan, keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat terhadap masalah kesehatan dengan kriteria hasil: 170401 Merasakan ancaman kesehatan 170404 Kekhawatiran mengenai penyakit, 170405 Kekhawatiran mengenai potensi komplikasi, 170406 Merasakan keparahan penyakit. Dengan Kode NIC 7140 Intervensi : Dukungan keluarga : Puji reaksi emosional terhadap kondisi anggota keluarga yang sakit, Ajarkan perencanaan perawatan pada keluarga yang sakit, Berikan pilihan keluarga yang akan membantu keluarga membuat keputusan terkait perawatan anggota keluarga yang sakit, Anjurkan kepada seluruh anggota keluarga untuk membuat keputusan tentang perawatan.
- TUK 3: Setelah dilakukan tindakan keperawatan, keluarga mampu memberikan perawatan kesehatan dengan kriteria hasil : 193103 mengenali faktor risiko stroke pada diri, 193108 memonitor tekanan darah, 193109 berpartisipasi dalam olahraga secara teratur, 193110 menggunakan strategi yang efektif untuk mengontrol berat badan, 193111 mengikuti diet yang dianjurkan ,193112

mengurangi asupan makanan tinggi lemak jenuh dan kolestrol, 193114 mengurangi asupan garam dengan Intervensi : kaji tingkat pengetahuan pasien mengenai diet yang disarankan, ajarkan pasien nama-nama makanan yang sesuai dengan diet yang disarankan, jelaskan pada pasien mengenai tujuan kepatuhan terhadap diet yang disarankan terkait dengan kesehatan secara umum, libatkan pasien dan keluarga.

2. Diagnosa 2 : Kurang efektifnya pengelolaan kesehatan dalam keluarga

- TUK 3 Setelah dilakukan tindakan keperawatan, keluarga mampu memberikan perawatan kesehatan dengan kriteria hasil : NOC : mengenal masalah: 1827 Pengetahuan body mekanik, 1808 Pengetahuan pengobatan, 1814 Pengetahuan prosedur pengobatan. Keluarga mampu memutuskan: 1606 Berpartisipasi dalam memutuskan perawatan kesehatan. Keluarga mampu merawat: 1623 Perilaku patuh terhadap pengobatan, 1616 Penampilan body mekanik. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan: 0902 Komunikasi, 0906 Pengambilan keputusan, 0907 Proses informasi. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan : 1806 Pengetahuan tentang sumber-sumber kesehatan, 1603 Perilaku mencari pelayanan kesehatan, 2605

Partisipasi keluarga dalam perawatan keluarga. NIC dengan kriteria hasil : Setelah dilakukan intervensi keperawatan keluarga mampu mengenal masalah : 5606 teaching individu, 56044 teaching grup. Keluarga mampu memutuskan : 5250 dukungan membuat keputusan, 5310 membangun harapan Keluarga mampu merawat : 5616 penjelasan program pengobatan, 2304 pemberian pengobatan oral, 0180 pengelolaan latihan fisik, 1850 peningkatan kualitas tidur Keluarga mampu memodifikasi lingkungan : 4920 mendengar aktif ,5020 mediasi konflik. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan: 7910 konsultasi, 8100 rujukan.

Perencanaan dari diagnosa keperawatan disusun berdasarkan 5 fungsi keperawatn keluarga pada kasus nyata tidak di angkat masalah pada

TUK 4 dan Tuk 5 karena keluarga sudah melaksanakan 2 fungsi keluarga tersebut.

#### 3.3.4 Implementasi

- a. Kunjungan pertama dilakukan Implementasi berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan dari diagnose : Kurang efektifnya pengelolaan kesehatan dalam keluarga pada Selasa, 12 Juni 2018 yaitu, mengajarkan ke keluarga cara merawat luka yang baik dengan menggunakan obat, menjelaskan dan mengajarkan ke keluarga ROM aktif dan pasif , menganjurkan ke keluarga untuk segera melakukan konsultasi dengan faskes terdekat untuk melakukan fisioterapi.
- b. Kunjungan Kedua dilakukan Implementasi berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan dari diagnosa ketidakektifan pemeliharaan kesehatan keluarga pada Rabu, 13 Juni 2018 yaitu, Mengenai masalah kesehatan : Melakukan evaluasi kembali mengenai penyuluhan kesehatan yang dilakukan padahari Selasa. Mampu merawat anggota keluarga: Memberikan penyuluhan perawatan pada keluarga dengan stroke tentang : cara pengobatan penyakit stroke, makanan yang harus dihindari untuk Ny. N.K.
- c. Kunjungan ketiga dilakukan Implementasi berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan dari diagnose Kurang efektifnya pengelolaan kesehatan dalam keluarga pada Rabu,13 Juni 2018 yaitu, mengajarkan ke keluarga cara merawat luka yang baik dengan menggunakan obat, menjelaskan dan mengajarkan ke keluarga ROM aktif dan pasif , menganjurkan ke keluarga untuk segera melakukan konsultasi dengan faskes terdekat untuk melakukan fisioterapi.
- d. Kunjungan ketiga dilakukan Implementasi berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan dari diagnosa ketidakektifan pemeliharaan kesehatan keluarga pada Kamis, 14 Juni 2018 yaitu, a). Mampu merawat anggota keluarga: Menjelaskan ke keluarga untuk menghindari makanan yang berkelesterol tinggi dan mengandung

garam yang tinggi karena pasien juga mempunyai riwayat penyakit Hipertensi. Mampu merawat anggota keluarga: Memberikan penyuluhan perawatan pada keluarga dengan stroke tentang : cara pengobatan penyakit stroke, makanan yang harus dihindari untuk Ny. N.K.

- e. Kunjungan ke 4 dilakukan Implementasi berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan dari diagnosa Kurang efektifnya pengelolaan kesehatan dalam keluarga pada Sabtu, 16 juni 2018 yaitu : Mampu merawat anggota keluarga : melakukan skrining stroke pada keluarga. Mengajarkan ke keluarga untuk merawat luka dengan obat, menyarankan keluarga menghindari makanan yang berlemak dan kandungan garam yang tinggi , turut ikut serta mengajarkan ROM aktif dan pasif kepada keluarga.

### **3.3.5 Evaluasi keperawatan**

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari asuhan keperawatan dengan cara mengidentifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Pada tahap evaluasi, kegiatan yang dilakukan yaitu mengevaluasi selama proses berlangsung (Nursalam, 2012). Evaluasi berdasarkan implementasi yang telah dilakukan dari diagnosa 1 ketidakektifan pemeliharaan kesehatan keluarga yang dilakukan pada selasa, 12 juni 2018 yaitu:

Pada kasus Tn.A.n telah dilakukan empat kali kunjungan rumah dan hasil dari kunjungan tersebut ditemukan pada TUK I keluarga sudah mampu mengenal masalah kesehatan yang bisa dibuktikan dengan sudah mengerti tentang penyakit stroke, keluarga dapat menjawab pertanyaan yang diberikan dengan baik, dapat menjelaskan pengertian dari stroke, tanda dan gejala serta penyebab dari stroke.

Pada TUK 2 keluarga belum bisa mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan dengan dibuktikan bahwa keluarga belum bisa membawa salah satu keluarganya yang sakit untuk melakukan fisioterapi. Pada TUK 3 keluarga juga sudah mampu merawat anggota

keluarga yang sakit yang dibuktikan dengan keluarga sudah mampu mendemonstrasikan ulang tentang gerakan ROM pasif yang diajarkan dengan baik. Evaluasi berdasarkan implementasi yang telah dilakukan dari Diagnosa 2 Kurang efektifnya pengelolaan kesehatan dalam keluarga pada Selasa, 12 Juni 2018 yaitu : subjektif :

Pada TUK 3 Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit. Keluarga dapat mendemonstrasikan ulang gerakan ROM pasif yang sudah diajarkan dengan baik, keluarga juga sudah tau cara perawatan luka dengan baik. Evaluasi berdasarkan implementasi yang telah dilakukan dari diagnosa 1 ketidakektifan pemeliharaan kesehatan keluarga yang dilakukan pada Rabu, 13 Juni 2018 yaitu:

Keluarga sudah memahami mengenai penyakit stroke yang dijelaskan pada hari Selasa, dan memahami mengenai anjuran makanan yang tepat dan baik untuk diberikan kepada istrinya. Evaluasi berdasarkan implementasi yang telah dilakukan dari Diagnosa 2 kurang efektifnya pengelolaan kesehatan dalam keluarga pada TUK 3 keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit pada Rabu, 13 Juni 2018 yaitu : keluarga dapat mengikuti ajaran gerakan Rom pasif yang telah dilakukan dan setiap hari selalu mengajarkan pada istrinya . Evaluasi berdasarkan implementasi yang telah dilakukan dari Diagnosa I ketidakektifan pemeliharaan kesehatan keluarga yang dilakukan pada Kamis, 14 Juni 2018 yaitu : keluarga sudah memahami dan mengikuti anjuran yang diberikan. Evaluasi berdasarkan implemmentasi yang telah dilakukan dari Diagnosa 2 kurang efektifnya pengelolaan kesehatan pada Sabtu, 16 Juni 2018 yaitu: subjektif : Tn. A.n sudah dapat mengikuti anjuran dan ajaran yang diberikan dengan baik.

### **3.3 Keterbatasan studi kasus**

Keterbatasan penelitian dalam studi kasus ini adalah waktu yang digunakan dalam melakukan penelitian. Waktu yang diberikan untuk



penelittian terlalu singkat. Dimana dalam melakukan pengumpulan data-data belum lengkap.

## **BAB IV**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **4.1 Kesimpulan**

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan oleh Magdariani chyntia putri dengan auto anamnesis pada hari senin, 11 juni 2018 di rumah keluarga Tn.A.n didapatkan hasil status gizi :Tn. A.n , TB 175, BB 74 kg, TTV: TD: 130/80 mmHg, Nadi: 90x/mnt, suhu:36,4°C, RR:20x/mnt. Ny. N.k , TD: 180/100 mmHg, nadi: 92x/mnt ,suhu: 36,5°C, RR: 20x/mnt , Ny. N.k saat ini menderita sakit Stroke dari tahun 2010 hingga sekarang pasien masih tetap stroke sampai sekarang. Selain itu juga Tn. A.n melakukan pengobatan stroke kepada istrinya dengan mengoleskan minyak tanah dan kapur sirih di seluruh badan tangan dan kaki Ny.N.k. Fungsi kesehatan keluarga yang bermasalah yaitu : keluarga belum mengenal masalah kesehatan , keluarga belum mampu mengambil keputusan, keluarga belum mampu merawat anggota keluarga yang sakit dan perilaku keluarga cenderung beresiko.

2. Diagnosa keperawatan: Hasil pembobotan skor dari 4 kriteria diperoleh: Diagnosa 1: ketidakektifan pemeliharaan kesehatan dengan kode 00099 dengan skor 3,6. Diagnosa II kurang efektifnya pengelolaan kesehatan dalam keluarga dengan kode 00078 dengan skor 3,2.
3. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu, melakukan penyuluhan mengenai penyakit stroke, pengobatan untuk penyakit stroke, mengajarkan penderita latihan ROM pasif,dan cara perawatan untuk penyakit stroke .
4. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan intervensi yang telah disusun diantaranya melakukan penyuluhan mengenai penyakit stroke, pengobatan stroke, mengajarkan ROM pasif kepada penderita, mengajarkan kepada keluarga cara perawatan stroke yang baik pada penderita dan keluarga.

5. Evaluasi keperawatan yang dilakukan menggunakan metode subyektif, obyektif, assessment, dan planning. Hasil evaluasi keperawatan didapatkan TUK I mengenal masalah kesehatan, TUK 2 mengambil keputusan, TUK 3 merawat anggota keluarga yang sakit.

Dari hasil penelitian diatas penulis dapat menarik kesimpulan bahwa melalui Asuhan Keperawatan Keluarga yang diberikan kepada keluarga secara kompherensif dengan pendekatan lima proses keperawatan keluarga dibidang kesehatan dapat mengatsi 3 fungsi kesehatan keluarga yaitu, keluarga mampu mengenal masalah kesehatan keluarga, keluarga mampu mengambil keputusan, keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit, maka dari itu TUK 1 berhasil, TUK 2 belum berhasil, TUK 3 berhasil , masalah keperawatan belum teratasi, setelah itu Diagnosa keperawatan kurang efektifnnya pengelolaan kesehatan dalam keluarga Evaluasi TUK 3 berhasil, masalah keperawatan selesai. sedangkan dua fungsi kesehatan keluarga harus dipertahankan karena keluarga sudah bagus dalam melaksanakan dua fungsi keluarga tersebut yaitu mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan dan kemampuan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan.

## **4.2 SARAN**

1. Untuk institusi pendidikan

Diharapkan lebih meningkatkan pelayanan pendidikan yang lebih tinggi dan menghasilkan tenaga kesehatan yang professional berwawasan global.

2. Untuk pelayanan kesehatan

Diharapkan lebih meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya dalam memberikan Asuhan Keperawatan keluarga yang lebih berkualitas dan diharapkan setiap pelayanan kesehatan melakukan skrining tentang penyakit stroke , agar menjadi pencegahan untuk masyarakat.

3. Untuk keluarga

Diharapkan agar individu dan keluarga bisa mengerti tentang penyakit stroke, dan meningkatkan perilaku hidup sehat dengan tujuan meningkatkan kualitas hidup.

## DAFTAR PUSTAKA

- Smeltze & Bare, 2002. *Buku Ajar Keperawatan Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik*. Poltekkes Kemenkes Padang
- Jurnal Kementrian Kesehatan RI.2013 . *Riset Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI
- Modul *Manajemen Pendekatan Keluarga*
- Junaidi , I.(2006) . *Panduan Praktis Pencegahan Dan Pengobatan Stroke*, Edisi: 2, PT Bhuana Ilmu Populer, Kelompok Gramedia, Jakarta.
- Noor, N.N.2008. *Epidemiologi Edisi Revisi*. Jakarta : Penerbit Rineka Citra.
- Noor, Nur Nasry 2008, Rineka Cipta Jakarta.
- Jurnal Ahli Ernest R. Hilgard dala (Sumardi Suryabrata)
- Price, S, A, 2000, *Patofisiologi Konsep Klinis proses-proses penyakit Edisi: 4 buku 2*, Jakarta, EGC.
- Doenges, Marilyn E. 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman Utuk Perencanaan dan Pendokumentasian perawatan Pasien*. Jakarta: EGC.
- Friedman, Marylin M. 1998, *Family Nursing Theory and Praticce. Ahli Bahasa Ina 2*, PT Bhuana Ilmu Populer, Kelompok Gramedia, Jakarta
- Telly Margaretha,dkk. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Kupang : Lima Bintang.
- Profil Kesehatan NTT 2015 Dinas Kesehatan Provinsi Kupang.
- NANDA International.2017.*Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi Edisi 10*.Jakarta: EGC.
- Moorhead, dkk. 2017. *Nursing Outcome Classification*. Jakarta : Elsevier.
- Bulechek, dkk. 2017. *Nursing Intervention Classification (NIC)*. Jakarta : Elsevier

## PENGKAJIAN

Nama Perawat Yang Mengkaji	: Magdariani chyntia putri	Tanggal Pengkajian	: 10-06-2018
-------------------------------	-------------------------------	-----------------------	--------------

### I. DATA UMUM KELUARGA

Nama Kepala Keluarga	Tn. A. N	Bahasa sehari-hari	Bahasa Indonesia
Pendidikan	SMA	Pekerjaan	Pensiunan PNS
Alamat Rumah dan Telp	Sikumana	Jarak Yankes Terdekat	4 km
Agama dan Suku	Khatolik/flores	Alat Transportasi Yang Digunakan	Motor

#### 1. Data Anggota Keluarga

No	Nama	JK	Hub. Kel dg KK	Suku	Umur	Pendi dikan terakh ir	Pekerj aan saat ini	Status Gizi (TB, BB)	TTV (S, N, P, TD)	Status imuni sasi dasar	Alat bantu/ protesa
1.	Tn. A. N	L	Suami	Flores	60	SMA	Pensi unan PNS	TB: 175 cm BB : 74 kg	TD : 130/8 0 mmH g N : 90x/m RR : 20 x/m S : 36,4 °C		
2.	Ny. N. K	P	Istri	Flores	51	SMA	IRT	TB :	TD :		Kursi

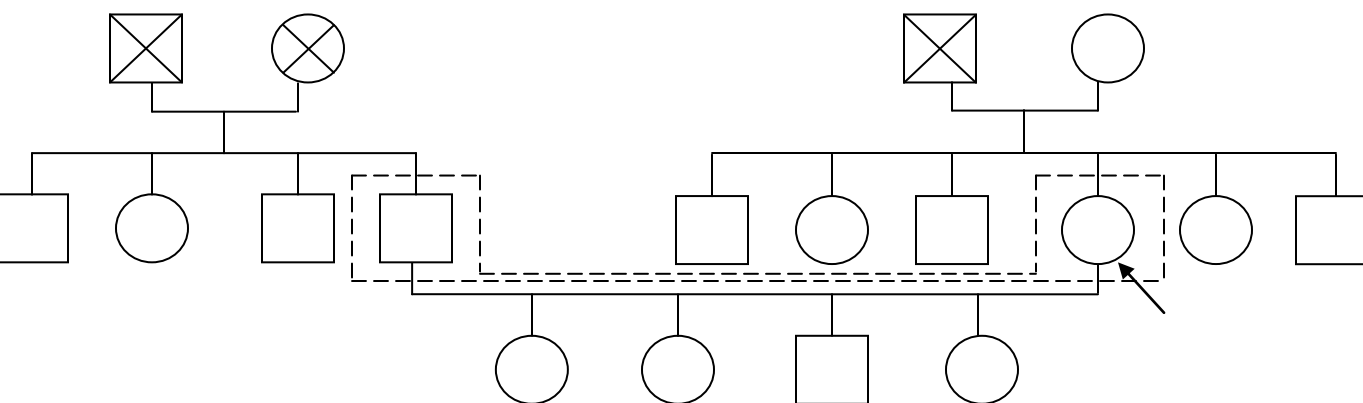
								165 cm BB : 63 kg	180/1 00 mmH g N : 92 x/m RR : 20 x/m S :36,5 °C		roda
--	--	--	--	--	--	--	--	----------------------------	---	--	------

Lanjutan

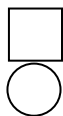
No	Nama	Penampilan Umum	Status Kesehatan Saat ini	Riwayat Penyakit/Allergi	Analisis Masalah Kesehatan Individu
1.	Tn. A. N	KU : baik	Tn. A. N tidak mengalami sakit berat, hanya pernah sakit demam dan flu. Saat pengkajian yang di dapatkan hasil : TD : 130/80 mmHg N : 90 x/m RR : 20 x/m S : 36,4 °C	Tn. A. N mengatakan tidak memiliki riwayat alergi	Tidak ada
2.	Ny. N. K	KU : lemah,	Ny. N. K pernah	Ny. N. K tidak memiliki	Stroke

		semua aktivitas di bantu, mobilitas di bantu, bicara pelo	melakukan pemeriksaan kesehatan pada tahun 2010, hasil pemeriksaan Ny. N. K mengalami sakit stroke dan darah tinggi. Saat pengkajian hasil yang didapatkan adalah : TD : 180/100 mmHg N : 94 x / m RR : 20 x/m S : 36,5 °C	riwayat alergi	
--	--	---	--	----------------	--

Genogram :



Keterangan :



= Laki-laki



-----  
 X  
 = Perempuan  
 = Tinggal serumah  
 = Meninggal

1. Tipe keluarga : Nuclear family
2. Status sosial ekonomi keluarga : Tn. A.N mengatakan bahwa ekonomi yang diperoleh dari hasil pensiunan berjumlah RP. 3.658.000.
3. Aktivitas rekreasi keluarga : keluarga Tn.A.N mengatakan melakukan aktivitas rekreasi hanya mengurus rumah, menyiram bunga dan melakukan pekerjaan rumah lainnya.

## II. RIWAYAT DAN TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA

1. Tahap perkembangan keluarga saat ini : keluarga Tn. A.N dengan anak usia dewasa muda
2. Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi :
  - Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
  - Berperan suami-istri kakek dan nenek
3. Riwayat kesehatan keluarga inti : Tn. A.N mengatakan bahwa dirinya dalam keadaan sehat, sedangkan istrinya Ny.N.K mengalami sakit stroke.
4. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya : Tn. A.N mengatakan bahwa dulu hanya sakit demam, pilek biasa tidak ada penyakit keturunan, sedangkan istrinya Ny. N.K sudah menderita stroke sejak tahun 2010 sampai sekarang.

## III. DATA LINGKUNGAN

1. Karakteristik Rumah
  - a. Kondisi rumah: **bersih** / tidak  
 Jelaskan : kondisi rumah Tn. A.N pondoknya beratap seng, berdinding tembok, lantai keramik dalam keadaan bersih, dan barang tertata rapih.
  - b. Ventilasi: baik / **cukup** / kurang  
 Jelaskan : keluarga Tn. A. N memiliki 4 ventilasi di rumah, 1 Ventilasi di pintu ruang tamu, 1 ventilasi di pintu teras.

c. Pencahayaan rumah: **baik** / tidak

Jelaskan : pencahayaan rumah baik, terdapat 3 jendela di ruang tamu, 2 jendela di ruang keluarga, dan di setiap kamar memiliki 2 jendela.

d. Saluran buang limbah: **baik** / cukup / kurang

Jelaskan : air cucian digunakan untuk menyiram halaman dan tanaman yang ada di sekitar rumah

e. Sumber air bersih: **sehat** / tidak sehat

Jelaskan: keluarga menggunakan air PAM untuk kebutuhan minum dan masak.

f. Jamban memenuhi syarat: **ya** / tidak

Jelaskan : jamban yang digunakan keluarga adalah leher angsa.

g. Tempat pembuangan sampah keluarga

Jelaskan : keluarga tidak memiliki bak penampung sampah. Sampah-sampah yang ada di halaman di kumpul menjadi satu dan kemudian langsung di bakar.

h. Ratio luas bangunan rumah dengan jumlah anggota keluarga 8m<sup>2</sup>/orang: ya / tidak

Jelaskan : lebar rumah 8 m<sup>2</sup>, panjang rumah 10 m<sup>2</sup>. Kamar tidur berukuran 3x3 m<sup>2</sup>, ruang tamu berukuran 3x3 m<sup>2</sup>, kamar mandi berukuran 2x3 m<sup>2</sup>, dan dapur berukuran 3x3 m<sup>2</sup>. Denah rumah: lengkapi denah rumah dengan skala 1 : 100

2. Karakteristik tetangga dan komunitasnya

Jelaskan : Tn. A. N dan keluarga mengatakan bahwa hubungannya dengan tetangga sekitar sangat baik.

3. Mobilitas geografis keluarga

Jelaskan : Tn. A. N dan keluarga mengatakan tidak pernah pindah dan masih menetap sampai sekarang di kelurahan Sikumana.

4. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Jelaskan : Tn. A. N dan keluarga mengatakan selalu berinteraksi

baik terhadap tetangganya. Dan setiap kali berkumpul bersama keluarga selalu baik dan tidak ada masalah.

5. Sistem pendukung keluarga

Jelaskan : Tn. A. N dan keluarga mengatakan mereka memiliki kartu BPJS.

#### IV. STRUKTUR KELUARGA

##### 1. Struktur peran

Jelaskan : di dalam keluarga ayah berperan sebagai kepala keluarga dan pengambil keputusan dan mencari nafkah untuk membiayai kebutuhan keluarga dan ibu berperan sebagai ibu rumah tangga yang mengatur keuangan, membereskan pekerjaan rumah, tetapi semenjak sakit semua tugas dilakukan oleh ayah.

##### 2. Nilai dan norma keluarga

Jelaskan : keluarga menganut agama Kristen Protestan. Keluarga selalu mengikuti ajaran agamanya sesuai dengan yang diajarkan di dalam Alkitab

##### 3. Pola komunikasi keluarga

Jelaskan : Tn. A. N selalu melakukan musyawarah atau berdiskusi bersama keluarga dalam mengambil keputusan dan saling terbuka.

##### 4. Struktur kekuatan keluarga

Jelaskan : keluarga Tn. A. N memiliki tabungan dan kartu BPJS

#### V. PHBS DI RUMAH TANGGA

##### a. Jika ada ibu nifas, persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan: ya / **tidak**

Jelaskan : keluarga mengatakan tidak ada ibu nifas di dalam keluarga.

##### b. Jika ada bayi, memberikan ASI eksklusif: ya / **tidak**

Jelaskan : keluarga mengatakan tidak ada bayi di dalam keluarga

##### c. Jika ada balita, menimbang balita tiap bulan: ya / **tidak**

Jelaskan : keluarga mengatakan tidak ada anak balita di dalam keluarga

##### d. Menggunakan air bersih untuk makan dan minum: **ya** / tidak

Jelaskan : keluarga Tn. A. N menggunakan air PAM untuk kebutuhan makan dan minum.

##### e. Menggunakan air bersih untuk kebersihan diri: **ya** / tidak

Jelaskan : keluarga Tn. A. N menggunakan air PAM untuk kebersihan diri.

##### f. Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun: **ya** / tidak

Jelaskan : keluarga Tn. A. N selalu mencuci tangan menggunakan sabun dan air bersih.

- g. Melakukan pembuangan sampah pada tempatnya: **ya** / tidak

Jelaskan : keluarga Tn. A. N tidak mempunyai bak penampung sampah. Sampah yang ada di kumpul dan langsung di bakar.

- h. Menjaga lingkungan rumah tampak bersih: **ya** / tidak

Jelaskan : keluarga Tn. A. N selalu menjaga lingkungan rumahnya agar tetap bersih dan rapih. Barang-barang di dalam rumah selalu di tata dengan rapih untuk meningkatkan kenyamanan di dalam rumah.

- i. Mengkonsumsi lauk dan pauk setiap hari: **ya** / tidak

Jelaskan : Tn. A. N mengatakan mengkonsumsi ikan dan sayuran setiap hari.

- j. Menggunakan jamban sehat: **ya** / tidak

Jelaskan : keluarga Tn. A. N menggunakan jamban leher angsa

- k. Memberantas jentik dirumah sekali seminggu: **ya** / tidak

Jelaskan : keluarga Tn. A. N mengatakan setiap seminggu sekali membersihkan bak kamar mandi.

- l. Makan buah dan sayur setiap hari: **ya** / tidak

Jelaskan : keluarga Tn. A. N mengatakan mngkonsumsi sayur setiap hari, tetapi tidak mengkonsumsi buah-buahan setiap hari.

- m. Melakukan aktifitas fisik setiap hari: **ya** / tidak

Jelaskan : Tn. A. N melakukan aktivitas seperti nyapu, mencuci pakaian, membersihkan rumah setiap hari.

- n. Merokok di dalam rumah: **ya** / tidak

Jelaskan : keluarga mengatakan di dalam rumah Tn. A. N merokok setiap hari. 1 hari Tn. A. N menghabiskan sekitar 5 batang rokok.

## **VI. FUNGSI KELUARGA**

### **1. Fungsi ekonomi**

Jelaskan : Tn. A. N mengatakan ekonomi keluarga pas-pas saja. Hasil pensiunan yang didapatkan kurang untuk kebutuhan sehari-hari karena sebagian besar uang yang didapat dikirimkan untuk anaknya yang sedang kuliah.

### **2. Fungsi sosialisasi.**

Jelaskan : Tn. A. N selalu mengajarkan dan mengingatkan kepada anaknya untuk saling bersosialisasi dengan sesama.

3. Fungsi pendidikan

Jelaskan : Tn. A. N dan Ny. N. K berpendidikan terakhir SMA.

Anak Tn. A. N dan Ny. N. K sekarang menjalani pendidikan S1.

4. Fungsi rekreasi

Jelaskan : Tn. A. N tidak pernah berekreasi, hanya di rumah karena istrinya Ny. N. K sedang sakit.

5. Fungsi religious

Jelaskan : Tn. A. N mengatakan pergi ke gereja sudah jarang, karena kondisi istrinya Ny. N. K sedang sakit. Sehingga bila Tn. A. N ke gereja maka tidak ada yang menjaga Ny. N. K. Tetapi Tn. A. N sering mengundang Frater untuk datang berdoa.

6. Fungsi reproduksi

Jelaskan : Ny. N. K masih menstruasi sampai sekarang.

7. Fungsi afeksi

Jelaskan : Keluarga Tn. A. N adalah keluarga yang harmonis.

Mereka selalu mengedepankan urusan bersama dan saling memperhatikan satu sama lain.

8. Fungsi pemeliharaan/perawatan kesehatan

a. Mengetahui masalah kesehatan

1. Apakah keluarga mengetahui masalah kesehatan/penyakit yang sedang diderita oleh anggota keluarganya: **ya** / tidak

Jelaskan : Tn. A. N mengatakan ia tahu bahwa istrinya sakit stroke.

2. Apakah keluarga mengetahui penyebab masalah kesehatan yang dialami anggota keluarga yang sakit: **ya** / **tidak**

Jelaskan : Tn. A. N mengatakan penyebab istrinya sakit adalah pengaruh dari stress.

3. Apakah keluarga mengetahui tanda dan gejala masalah kesehatan yang dialami anggota keluarga yang sakit: ya / **tidak**

Jelaskan : Tn. A. N mengatakan tidak tahu tanda dan gejala dari penyakit yang dialami istrinya.

4. Apakah keluarga mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan yang dialami anggota keluarga yang sakit: ya / **tidak**

Jelaskan : Tn. A. N mengatakan tidak mengetahui faktor apa yang mempengaruhi kesehatan istrinya sehingga istrinya mengalami sakit darah tinggi dan stroke.

5. Bagaimana persepsi keluarga terhadap masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarga yang sakit: **positif** / negative

Jelaskan : Tn. A. N mengatakan bahwa ia yakin dan percaya penyakit istrinya dapat sembuh.

b. Mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan

1. Apakah keluarga mengetahui akibat masalah kesehatan yang dialami anggota keluarga yang sakit bila tidak diobati: ya / **tidak**

Jawaban : Tn. A. N mengatakan apabila tidak di obati akan tambah parah dan berakibat fatal.

2. Apakah masalah kesehatan dirasakan oleh keluarga: **ya** / tidak

Jelaskan : Tn. A. N mengatakan ia merasa sedih karena istrinya sakit.

3. Apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah kesehatan yang dialami: ya / **tidak**

Jelaskan : Tn. A. N mengatakan tidak menyerah tetapi selalu memberikan dukungan dan semangat kepada istrinya serta selalu berdoa untuk kesembuhan istrinya.

4. Apakah keluarga merasa takut terhadap akibat dari masalah kesehatan yang dialami anggota keluarga: ya / **tidak**

Jelaskan : Tn. A. N mengatakan tidak merasa takut dengan masalah saat ini karena mereka percaya bahwa Ny. N. K akan segera sembuh.

5. Apakah keluarga mempunyai sikap yang tidak mendukung (negative) terhadap upaya kesehatan yang dapat dilakukan pada anggota keluarga: ya / **tidak**

Jelaskan : Tn. A. N mengatakan selalu mendukung dan berusaha memberikan yang terbaik untuk Ny. N. K

c. Kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit

1. Apakah keluarga mengetahui cara merawat anggota keluarga yang sakit: ya / **tidak**

Jelaskan : Tn. A. N mengatakan tidak tahu cara merawat istrinya yang sakit stroke. Beliau hanya mendengar saran dari tetangga sekitar untuk menggunakan kapur sirih dan minyak tanah sebagai obat stroke..

2. Apakah keluarga mengetahui peralatan, cara dan fasilitas untuk merawat anggota keluarga yang sakit: ya / **tidak**

Jelaskan : Tn. A. N mengatakan tidak mengetahui cara perawatan Ny. N. K tetapi keluarga tahu jika terjadi sesuatu (keadaan darurat) maka harus segera di bawa ke fasilitas kesehatan.

d. Kemampuan keluarga memelihara/memodifikasi lingkungan rumah yang sehat.

1. Apakah keluarga mengetahui tentang sumber yang dimiliki oleh keluarga disekitar rumah: **ya** / tidak

Jelaskan : Tn. A. N mengatakan di sekitar rumah ada tanaman pohon pisang, mangga dan pepaya.

2. Apakah keluarga mampu melihat keuntungan dan manfaat pemeliharaan lingkungan: **ya** / tidak

Jelaskan : Tn. A.n mengatakan dapat memodifikasi lingkungan yang baik seperti lantai tidak licin dan tempat tidur memiliki pegangan.

3. Apakah keluarga mempunyai kebersamaan untuk meningkatkan dan memelihara lingkungan rumah yang menunjang kesehatan keluarga: **ya** / tidak

Jelaskan : Tn. A. N mengatakan disekitar rumah ada tanaman buahan yang ditanam untuk dikonsumsi bersama terkhususnya untuk menunjang

kesehatan istrinya dan disisi tempat tidur ada penghalang sehingga tidak mudah jatuh.

4. Apakah keluarga tahu cara pencegahan penyakit dan akibat lanjut dari masalah kesehatan yang berhubungan dengan lingkungan rumah: **ya** / tidak  
Jelaskan : Tn. A. N mengatakan ia tahu cara mencegah penyakit stroke sehingga dia memanfaatkan lingkungan rumahnya untuk menanam pisang dan buah papaya untuk bisa di konsumsi istrinya.

e. Kemampuan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan

1. Apakah keluarga mengetahui keberadaan fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat dijangkau: **ya** / tidak  
Jelaskan : Tn. A. N mengatakan keluarganya biasanya berobat di Puskesmas Sikumana.
2. Apakah keluarga mengetahui keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan: **ya** / tidak  
Jelaskan : Tn. A. N mengatakan keuntungan yang di peroleh bisa mendapatkan pelayanan dan pengobatan.
3. Apakah keluarga mempunyai pengalaman yang tidak menyenangkan tentang fasilitas dan petugas kesehatan yang melayani: ya / **tidak**  
Jelaskan : Tn. A. N mengatakan pelayanan yang diberikan petugas kesehatan sangat baik.
4. Apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan: **ya** / tidak  
Jelaskan : Tn. A. N mengatakan fasilitas kesehatan yang terdekat adalah puskesmas sikumana dan dapat di jangkau dengan motor.

## **STRESS DAN KOPING KELUARGA**

1. Stressor jangka pendek dan panjang

Jelaskan :

- a. Stressor jangka pendek : Tn. A. N mengatakan ia merasa lelah dan stress karena harus menggantikan peran istrinya.
- b. Stressor jangka panjang : Tn. A. N mengatakan ia sering sekali khawatir akan kesembuhan istrinya.

2. Kemampuan keluarga berespons terhadap stressor



Jelaskan : Tn. A. N mengatakan dengan berdoa dan selalu berusaha.

3. Strategi koping yang digunakan

Jelaskan : Tn. A. N mengatakan jika stress beliau sering mendengarkan lagu-lagu rohani dan menonton TV.

4. Strategi adaptasi disfungsional

Jelaskan : Tn. A. N mengatakan keluarga tidak pernah melakukan kekerasan.

## VII. HARAPAN KELUARGA

Keluarga berharap agar petugas kesehatan dapat memberikan pelayanan yang baik dan tepat.

## VIII. Kriteria Kemandirian Keluarga

No.	Kriteria	KKT 1	KKT 2	KKT 3	KKT 4
1.	Menerima petugas perawatan kesehatan	✓			
2.	Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan	✓			
3.	Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar				
4.	Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai dengan yang dianjurkan				
5.	Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif				
6.	Melaksanakan tindakan pencegahan sesuai anjuran				
7.	Melakukan tindakan promotif secara aktif				

Kesimpulan :

Intervensi :

- ☐ Kemandirian keluarga Tingkat 1 : jika memenuhi kriteria 1 dan 2
- ☐ Kemandirian keluarga Tingkat 2 : jika memenuhi kriteria 2 dan 5
- ☐ Kemandirian keluarga Tingkat 3 : jika memenuhi kriteria 1 dan 6

☐

Kemandirian keluarga Tingkat 4 : jika memenuhi criteria 1 dan 7

### PRIORITAS MASALAH KEPERAWATAN

No	Kriteria	Skore	Bobot	Perhitungan
1	Sifat masalah : tidak/kurang sehat	3	1	$3/3 \times 1 = 1$
2	Kemungkinan masalah dapat diubah : sebagian	1	2	$1/2 \times 2 = 1$
3.	Potensial masalah untuk dicegah : cukup	2	1	$2/3 \times 1 = 0,6$
4.	Menonjolnya masalah : masalah berat harus segera ditangani	2	1	$2/2 \times 1 = 1$
Total:				3,6
No	Criteria	Skore	Bobot	Perhitungan
1	Sifat masalah : ancaman kesehatan	2	1	$2/3 \times 1 = 0,6$
2	Kemungkinan masalah dapat diubah : mudah	2	2	$2/2 \times 2 = 2$
3	Potensial masalah untuk dicegah	2	1	$2/3 \times 1 = 0,6$
4	Menonjol masalahnya : masalah tidak dirasakan	0	1	$0/2 \times 1 = 0$
Total:				3,2

Kesimpulan : prioritas masalah keperawatan keluarga pada keluarga Tn. A.N dengan Stroke adalah Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan





KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;  
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : Magdariiani Chyntia Putri  
NIM : PO.530320115073  
NAMA PEMBIMBING : Margaretha Telli.,S.kep.,Ns.,MSc-PH

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	12 Juni 2018	Menyerahkan Proses Penyusunan Studi kasus	Yes Yes
2.	20 Juni 2018	- konsultasi Bab I - IV - perbaikan cara penulisan	
3.	22 Juni 2018	- perbaikan pembahasan - perbaikan cara penulisan	
4.	25 Juni 2018	- Perbaikan kesimpulan	Yes Yes
5.	26 Juni 2018	- konsultasi Bab III (Pengkajian - Pembahasan)	
6.	02 Juli 2018	- konsultasi BAB III (Perbaikan intervensi)	Yes Yes
7.	04 Juli 2018	- Perbaikan penulisan	
8.	06 Juli 2018	- konsultasi Bab III (Pembahasan)	Yes Yes
9.	10 Juli 2018	- konsultasi kesimpulan	
10.			
11.			
12.			